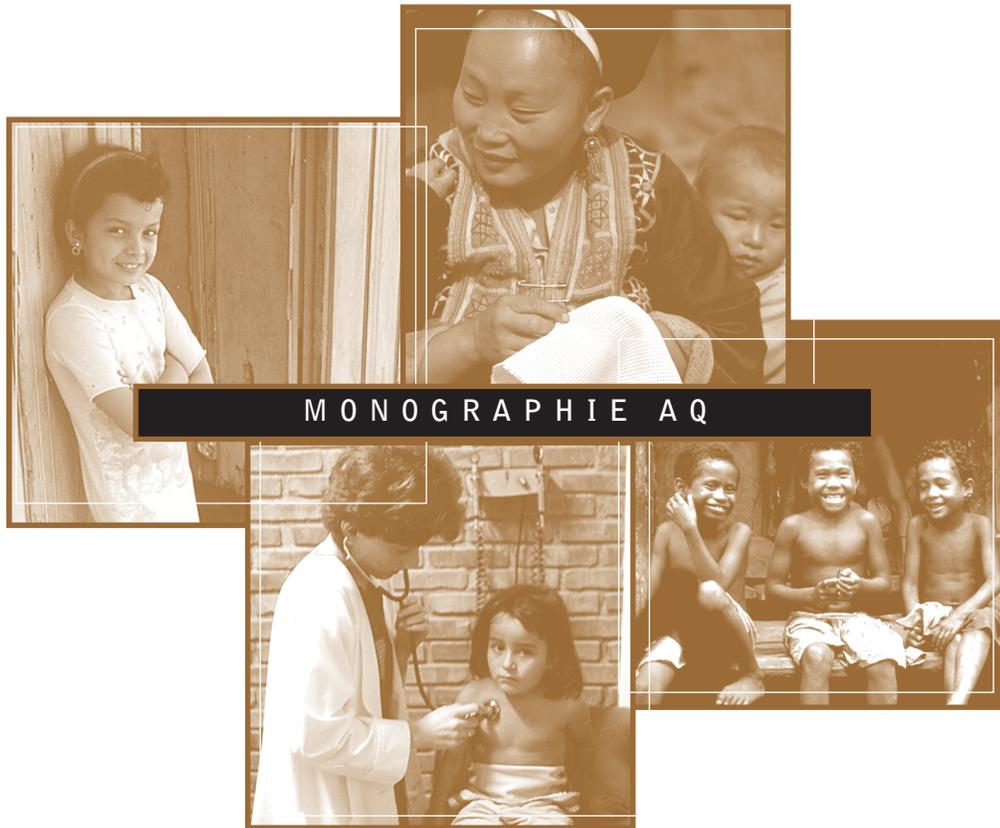


PROJET

D'ASSURANCE

DE QUALITÉ



MONOGRAPHIE AQ

## Un Paradigme Moderne de l'Amélioration de la Qualité des Soins de Santé

Décembre 2002





PROJET  
D'ASSURANCE  
DE QUALITÉ

TEL (301) 654-8338  
FAX (301) 941-8427  
[www.qaproject.org](http://www.qaproject.org)



Le Projet d'Assurance de Qualité (PAQ) est financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), dans le cadre du Contrat HRN-C-00-96-90013. Le PAQ dessert les pays éligibles pour l'assistance de USAID, les Missions et Bureaux de USAID, et autres agences et Organisations Non-Gouvernementales qui coopèrent avec USAID. L'équipe du PAQ est constituée du titulaire principal du contrat, CHS (Center for Human Services); Joint Commission Resources, Inc. (JCR); et des organismes suivants faisant partie de l'Université John Hopkins : the School of Hygiene and Public Health (JHSPH), Center for Communication Programs (JHU/CCP), et Program for International Education and Training in Reproductive Health (JHPIEGO). PAQ fournit une expertise technique complète et d'avant-garde en matière de conception, gestion, et application des programmes d'assurance qualité dans les pays en voie de développement. CHS, organisme à but non-lucratif, affilié à University Research Co., LLC (URC), apporte une assistance technique dans la conception, la gestion, l'amélioration et le contrôle des systèmes de soins de santé dans plus de 30 pays.

---

---

# Un Paradigme Moderne de l'Amélioration de la Qualité des Soins de Santé

Rashad Massoud, Karen Askov, Jolee Reinke, Lynne Miller Franco,  
Thada Bornstein, Elisa Knebel, et Catherine MacAulay



---

---

# Table des matières

Liste des tableaux et schémas .....	viii
Liste des acronymes .....	x
Remerciements .....	x
Résumé exécutif .....	1
1 Historique du Projet d'Assurance Qualité en matière d'amélioration de la qualité .....	3
2 Le paradigme moderne d'amélioration de la qualité .....	3
2.1 L'assurance qualité et les soins de santé .....	3
2.2 Médecine basée sur des preuves .....	5
2.3 Le concept fondamental de l'amélioration .....	6
2.4 Principes de l'amélioration .....	7
2.4.1 Focalisation sur le client .....	7
2.4.2 Comprendre le travail comme un ensemble de processus et de systèmes .....	9
2.4.3 Travail en équipe .....	10
2.4.4 Mise à l'essai des changements et importance de l'utilisation des données .....	11
3 La gamme des approches d'amélioration de la qualité .....	15
4 Démarche Générale de l'Amélioration de la Qualité .....	19
4.1 Première étape: Identifier .....	20
4.2 Deuxième étape: Analyser .....	21
4.3 Troisième étape: Développer .....	22
4.4 Quatrième étape: Tester et mettre en œuvre .....	23
4.4.1 Le cycle de l'apprentissage et de l'amélioration .....	24
5 Approche A : La résolution individuelle de problèmes .....	27
5.1 Étape 1 : Identifier .....	27
5.2 Étape 2 : Analyser .....	27
5.3 Étape 3 : Élaborer .....	28
5.4 Étape 4 : Tester et mettre en œuvre .....	28
5.5 Exemple de cas de résolution individuelle de problèmes .....	29

---

6. Approche B : Résolution rapide de problème en équipe .....	31
6.1 Étape 1 : Identifier .....	31
6.2 Étape 2 : Analyser .....	32
6.3 Étape 3 : Élaborer .....	33
6.4 Étape 4 : Tester et mettre en œuvre .....	33
6.5 Exemples de cas de la résolution rapide de problèmes en équipe .....	34
7. Approche C: Résolution systématique de problèmes en équipe .....	39
7.1 Étape 1 : Identifier .....	39
7.2 Étape 2 : Analyser .....	40
7.3 Étape 3 : Élaborer .....	42
7.4 Étape 4 : Tester et mettre en œuvre .....	43
7.5 Exemple de cas de résolution systématique de problème en équipe .....	44
8 Approche D : Amélioration des processus .....	51
8.1 Étape 1 : Identifier .....	52
8.2 Étape 2 : Analyser .....	53
8.3 Étape 3 : Élaborer .....	54
8.4 Étape 4 : Tester et mettre en œuvre .....	55
8.5 Exemple de cas de l'amélioration des processus .....	57
9 Outils d'amélioration de la qualité .....	59
9.1 Collecte de données .....	59
Quand utiliser les données existantes .....	60
Comment collecter les données ? .....	60
Attention! .....	60
9.2 Brainstorming .....	61
Quand utiliser le brainstorming .....	61
Comment utiliser le brainstorming .....	61
Attention! .....	62
9.3 Analyse des affinités .....	62
Quand l'utiliser .....	62
Comment l'utiliser .....	62
Attention! .....	63
9.4 Techniques de réflexion créative .....	63
Quand utiliser la modification d'éléments et la provocation par des mots choisis au hasard? .....	63

---



---

9.5	Outils de priorisation: Faire un choix entre plusieurs options .....	63
	Mise aux voix .....	63
	Quand l'utiliser .....	63
	Comment l'utiliser .....	63
	Vote multiple .....	64
	Quand l'utiliser .....	64
	Comment l'utiliser .....	64
	Vote pondéré .....	64
	Quand l'utiliser .....	64
	Comment l'utiliser .....	64
	Attention! .....	64
	Matrice de critères (Priorisation) .....	64
	Quand l'utiliser .....	65
	Comment l'utiliser .....	65
	Attention! .....	66
9.6	Prise de décision par des experts .....	67
9.7	Modélisation des systèmes .....	67
	Quand l'utiliser .....	67
	Éléments de la modélisation des systèmes .....	67
	Comment l'utiliser .....	68
	Utilisation de la modélisation des systèmes pour l'analyse de problèmes .....	69
	Attention! .....	69
9.8	Organigramme .....	69
	Quand l'utiliser .....	69
	Types d'organigrammes .....	69
	Organigramme général .....	69
	Organigramme détaillé .....	70
	Organigramme de déploiement ou organigramme matriciel .....	70
	Quand utiliser un organigramme et quel type d'organigramme choisir? .....	71
	Comment l'utiliser .....	71
	Recommandations pour la construction d'organigrammes .....	72
	Analyse d'un organigramme pour identifier les secteurs à problème .....	72
	Attention! .....	73

---



---

9.9	Analyse de cause-effet .....	73
	Quand l'utiliser .....	73
	Types d'analyses de cause-effet .....	73
	Causes par catégories (Diagramme en arête de poisson) .....	73
	Un enchaînement de causes (diagramme en arbre) et les "cinq pourquoi" .....	74
	Comment utiliser une analyse de cause-effet .....	74
	Attention! .....	75
9.10	Analyse des champs de force .....	75
	Quand l'utiliser .....	76
	Comment l'utiliser .....	76
	Attention! .....	76
9.11	Outils statistiques/de présentation des données .....	76
	Diagrammes en bâtons et diagrammes en secteurs .....	77
	Quand les utiliser .....	77
	Quel type de diagramme en bâtons choisir? .....	77
	Comment utiliser un diagramme en bâtons .....	78
	Comment utiliser un diagramme à secteurs .....	78
	Attention! .....	78
	Graphique de fréquence-temps .....	79
	Quand utiliser un graphique de fréquence-temps .....	79
	Comment utiliser un graphique de fréquence-temps .....	79
	Quand et comment utiliser un graphique de contrôle .....	80
	Attention! .....	80
	Histogramme .....	81
	Quand l'utiliser .....	81
	Comment l'utiliser .....	81
	Attention! .....	82
	Diagramme de dispersion .....	82
	Quand l'utiliser .....	82
	Comment l'utiliser .....	82
	Attention! .....	83
	Courbe de Pareto .....	83
	Quand l'utiliser .....	84
	Comment l'utiliser .....	84
	Attention! .....	84

---

---

	Fenêtre du client .....	85
	Quand l'utiliser .....	85
	Comment l'utiliser .....	85
	Attention! .....	86
9.12	Benchmarking .....	86
	Quand l'utiliser .....	86
	Comment l'utiliser .....	86
	Attention! .....	86
9.13	Diagramme de Gantt .....	86
	Quand l'utiliser .....	86
	Comment l'utiliser .....	87
9.14	Chronique de l'assurance qualité .....	87
	Quand l'utiliser .....	87
	Comment utiliser le livre du projet d'AQ .....	87
	Comment utiliser le tableau du projet d'AQ .....	87
	Attention! .....	88
	Bibliographie .....	89

## Liste des tableaux et schémas

Figure 2.1	Intrants, processus et extrants/résultats .....	4	Tableau 4.4.	Matrice des outils d'AmQ et d'autres éléments essentiels en rapport avec l'AmQ .....	25
Figure 2.2	L'amélioration de la qualité intègre le contenu des soins et le processus de prestation des soins ...	4	Tableau 4.5	Une comparaison entre les diverses approches d'amélioration de la qualité pour chaque étape .....	26
Figure 2.3	Intégration des changements dans le contenu et le processus des soins (Tver, Russie) .....	4	Figure 5.1	La gamme des approches d'amélioration de la qualité .....	27
Tableau 2.1	Système de codage pour la hiérarchisation des preuves .....	6	Figure 5.2	Résumé de l'approche de résolution individuelle de problèmes .....	28
Résumé:	Concept fondamental de l'amélioration .....	6	Tableau 5.1	PFEA pour la résolution individuelle de problèmes .....	29
Figure 2.4	Les initiatives d'amélioration doivent s'attaquer aux processus .....	7	Figure 6.1	La gamme des approches d'amélioration de la qualité .....	31
Figure 2.5	Modèle conceptuel d'un processus .....	9	Tableau 6.1	Exemples d'indicateurs pour des buts d'amélioration .....	33
Figure 2.6	Modèle conceptuel d'un système .....	9	Figure 6.2.	Synthèse de l'approche de résolution rapide de problèmes en équipe .....	35
Figure 2.7.	Éléments du système de prise en charge de l'hypertension à Tula Oblast .....	10	Figure 6.3	Durée de la photothérapie avant et après l'amélioration (Hôpital Al-Naser) .....	37
Figure 2.8	Derrière chaque étape du processus, il y a une personne .....	11	Figure 7.1	La gamme des approches d'amélioration de la qualité .....	39
Figure 2.9	Mise à l'essai des hypothèses .....	11	Figure 7.2	Synthèse de l'approche de résolution systématique de problèmes en équipe .....	45
Figure 2.10	Causes courantes et causes particulières des variations .....	13	Tableau 7.1	Priorisation des problèmes .....	46
Figure 2.11	Comment réagir face à une variation liée à des causes courantes ou à une variation liée à des causes particulières ? .....	13	Figure 7.3	Organigramme général du processus d'administration des antipaludéens .....	46
Figure 3.1	La gamme des approches d'amélioration de la qualité .....	15	Figure 7.4	Organigramme détaillé du processus d'administration des antipaludéens .....	47
Tableau 3.1	Comparaison entre les diverses approches d'AmQ .....	16	Figure 7.5	Diagramme en arête de poisson sur les causes premières pouvant expliquer l'absence d'amélioration dans l'état de santé des enfants .....	48
Figure 3.2	Le choix d'une approche d'AmQ .....	17	Tableau 7.2	Données recueillies au moyen des fiches de contrôle .....	48
Figure 4.1	Les quatre étapes pour l'Amélioration de la Qualité .....	19	Figure 7.6	Raisons pour lesquelles les enfants n'avaient pas pris le médicament .....	49
Figure 4.2	Amélioration continue de la qualité .....	19	Figure 8.1	La gamme des approches d'amélioration de la qualité .....	51
Tableau 4.1	Problèmes courants/Aspects de la qualité .....	20			
Tableau 4.2	Les résultats du test déterminent l'étape suivante .....	23			
Tableau 4.3	Planifier, Faire, Étudier, Agir .....	24			
Figure 4.3	Cycle de Shewhart pour l'apprentissage et l'amélioration .....	25			

Tableau 8.1	Échantillon d'indicateurs pour les processus clés d'un programme de vaccination .....	53	Tableau 9.12	Choix des outils de présentation des données .....	77
Figure 8.2	Synthèse de l'approche d'amélioration des processus .....	56	Figure 9.8	Diagramme en bâtons .....	77
Figure 8.3	Raisons citées pour avoir manqué le rendez-vous postnatal .....	57	Figure 9.9	Diagramme à secteurs .....	78
Figure 8.4	Pourcentage de femmes qui reviennent pour leurs rendez-vous .....	58	Figure 9.10	Graphique de fréquence-temps relatif aux patients souffrant d'hypertension sous observation (pour 1 000) à Tula Oblast, Russie ....	79
Figure 8.3	Raisons citées par les femmes pour avoir manqué le rendez-vous : Deuxième cycle .....	58	Figure 9.11	Temps d'attente moyen avant et après une réorganisation du processus .....	80
Tableau 9.1	Outils et activités d'amélioration de la qualité .....	59	Tableau 9.13	Quand utiliser un histogramme .....	81
Tableau 9.2	Précautions pour éviter des problèmes lors de la collecte des données .....	61	Tableau 9.14	Tableau de compilation pour la construction d'un histogramme .....	81
Tableau 9.3	Vote simple .....	63	Figure 9.12	Types d'histogrammes .....	81
Tableau 9.4	Vote multiple .....	64	Figure 9.13	Diagramme de dispersion .....	82
Tableau 9.5	Vote pondéré .....	65	Figure 9.14	Interprétation d'un diagramme de dispersion .....	83
Tableau 9.6	Matrice de critères .....	65	Figure 9.15	Courbe de Pareto .....	83
Tableau 9.7	Échelle de notation complexe .....	66	Tableau 9.15	Synthèse des éléments dans un tableau de compilation .....	84
Figure 9.1	Modèle de système pour le traitement du paludisme .....	68	Tableau 9.16	Ordonner les éléments dans un tableau de compilation .....	84
Figure 9.2	Diagramme général relatif aux soins prénatals ....	70	Tableau 9.17	Cadre de la fenêtre du client .....	85
Figure 9.3	Organigramme détaillé de l'enregistrement des patients .....	70			
Figure 9.4	Organigramme de déploiement ou organigramme matriciel .....	70			
Tableau 9.8	Type d'organigramme indiqué pour différentes utilisations .....	71			
Tableau 9.9	Éléments de base pour divers types d'organigrammes .....	71			
Tableau 9.10	Symboles de base applicables pour divers types d'organigrammes .....	71			
Tableau 9.11	Symboles pour les organigrammes détaillés .....	71			
Figure 9.5	Structure du diagramme en tête de poisson .....	74			
Figure 9.6	Diagramme en arête de poisson utilisé à l'Hôpital San Carlos .....	74			
Figure 9.7	Diagramme en arbre .....	75			

---

---

## Liste des acronymes

AmQ	Amélioration de la qualité
AQ	Assurance Qualité
HCA	Hospital Corporation of America
HTA-G	Hypertension artérielle liée à la grossesse
IEC	Information, éducation et communication
IHI	Institute for Healthcare Improvement Institut pour l'amélioration des soins de santé (IAS)
MDS	Ministère de la santé
NHS	National Health Services Services nationaux de santé (SNS)
PAQ	Projet d'Assurance Qualité
SDR	Syndrome de détresse respiratoire

## Remerciements

De nombreuses personnes ont collaboré à la préparation de cette monographie. Nous adressons des remerciements particuliers au Dr David Nicholas, Directeur du Projet d'AQ et au Dr James Heiby, Responsable de Projets à l'USAID, pour leurs conseils, leur apport et pour leur revue technique de ce document. Les auteurs remercient aussi la rédactrice Beth Goodrich de son précieux concours pour la production du document. Plusieurs membres du personnel du PAQ/Bethesda—le Dr Bruno Bouchet, Joanne Ashton, le Dr Edward Kelley, le Dr Stephane Legros et Ya-Shin Lin—en ont également examiné de manière exhaustive le contenu technique. Les auteurs tiennent également à remercier le personnel pour l'Amérique Latine pour sa revue technique, en particulier le Dr Jorge Hermida, le Dr Paul Richardson, le Dr Filiberto Hernandez, Maria Sanchez, Dr Luis Vaca, Dr Luis Viera et le Dr Hector Colindres. Les auteurs veulent aussi exprimer leur gratitude aux Facilitateurs de Liaisons zambiens, qui ont fourni une rétroinformation à propos du contenu du document sur la base de leurs connaissances et de leur expérience de la mise en œuvre de l'amélioration de la qualité.

**Citation recommandée :** Massoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Knebel et C. MacAulay. 2001. Un Paradigme Moderne pour l'Amélioration de la Qualité. *Série des Monographies d'AQ* 1(1) Bethesda, MD : Publié pour l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le Projet d'Assurance Qualité (QAP).

---

---

# Résumé exécutif

LA méthodologie d'amélioration de la qualité (AmQ) dans le domaine des soins de santé a connu une évolution rapide au cours des dix dernières années. Cette évolution découle de plusieurs facteurs : le nombre important d'expériences de terrain dans de nombreux pays du monde et dans divers domaines et spécialités de la prestation de soins de santé; la complexité croissante de la prestation de soins de santé parallèlement à un besoin accru de soins efficaces et d'un bon rapport coût-efficacité; les attentes de plus en plus grandes du consommateur; et enfin, la progression de nos connaissances concernant l'amélioration, la gestion et la pratique clinique. Cette monographie actualise la méthodologie d'amélioration de la qualité. Elle incorpore les idées les plus récentes sur la manière d'améliorer la mise en œuvre.

Cette monographie décrit plusieurs avancées importantes :

- ◆ La représentation graphique des différentes approches d'amélioration de qualité sur une gamme de complexité croissante. Cela nous permet de réfléchir à une méthodologie d'amélioration comportant différentes approches pouvant être utilisées en fonction des circonstances.
- ◆ L'intégration de la médecine basée sur des preuves et de l'amélioration de la qualité. La méthodologie décrite dans cette monographie peut être utilisée pour des améliorations d'ordre clinique ainsi que dans d'autres domaines. Pour ce qui est de l'amélioration de la qualité clinique, l'intégration de la médecine basée sur des preuves est décrite comme faisant partie de la méthodologie.
- ◆ La simplification de la méthodologie d'amélioration de qualité. La méthodologie décrite est simple et souple. Elle peut être utilisée pour différentes approches. Elle permet en outre de faire preuve de créativité et d'innovation dans son utilisation et son application.

La monographie présente d'abord les principes et les cadres généraux qui sont à la base de l'amélioration moderne de qualité des soins de santé. Elle explique que le « changement » est un élément clé de toute amélioration. Elle décrit ensuite le cadre pour l'amélioration de qualité des soins de santé, notamment l'intégration de la médecine basée sur les preuves et de l'amélioration de la qualité. Elle explique les quatre principes de l'amélioration de la qualité : la focalisation sur le client, la compréhension

du fait que le travail est constitué de processus et de systèmes, le travail en équipe, et la mise à l'essai des changements apportés aux processus et aux systèmes par le biais de l'utilisation des données.

Le deuxième chapitre décrit la gamme des méthodes d'amélioration de la qualité. On voit ainsi comment, selon les besoins d'amélioration, il existe un nombre infini d'approches d'amélioration de la qualité, méthodes qui reposent toutes sur les principes et la méthodologie d'amélioration de la qualité. La monographie définit arbitrairement quatre points sur cette échelle de complexité croissante qui montre comment la méthodologie s'applique à différentes situations, à savoir :

- ◆ **La résolution individuelle de problèmes** : La caractéristique de cette approche est que l'amélioration n'est pas tributaire de facteurs externes et qu'elle peut être obtenue par une seule personne.
- ◆ **La résolution rapide de problèmes en équipe** : Cette approche de l'amélioration met l'accent sur l'obtention de résultats aussi rapidement que possible par l'élimination de toutes les étapes qui ne sont pas essentielles.
- ◆ **La résolution systématique de problèmes en équipe** : Il s'agit d'une approche plus rigoureuse qui utilise l'analyse des causes premières.
- ◆ **L'amélioration des processus** : Cette approche est utilisée lorsque l'équipe est impliquée dans un processus de service essentiel et qu'une équipe permanente suit en permanence ce processus.

Les quatre chapitres suivants du document présentent en détail la méthodologie d'amélioration pour chacune de ces quatre approches. Chaque approche est illustrée par un exemple.

Le dernier chapitre décrit un certain nombre d'outils utilisés dans l'amélioration de la qualité, notamment la collecte de données, la description des processus et les outils d'analyse des données. Des exemples sont également proposés pour l'utilisation de chacun de ces outils. Le chapitre portant sur les outils sert aussi de référence pour l'utilisation des outils de gestion de la qualité dans différentes situations. La plupart des outils sont utilisés dans les exemples des chapitres précédents. On trouvera aussi dans ce chapitre des détails relatifs à leur application.



---

---

# 1 Historique du Projet d'Assurance Qualité en matière d'amélioration de la qualité

**L**E Projet d'Assurance Qualité (PAQ) s'emploie depuis 1990 à améliorer la qualité des soins de santé dans le monde entier. Cette expérience a généré dix années de connaissances et d'informations quant à l'application des concepts d'assurance qualité dans des endroits aussi différents que le Niger, l'Équateur, le Chili, la Russie, la Jordanie et le Guatemala. L'assurance qualité a démontré qu'elle est un moyen de dispenser des services de santé de qualité, efficaces et d'un bon rapport coût-efficacité.

L'un des aspects de l'assurance qualité sur lequel le PAQ a accumulé des connaissances importantes est la méthodologie d'amélioration de la qualité. Durant les premières étapes du PAQ, l'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé suivait et adaptait essentiellement des idées empruntées au secteur de la gestion. Ces idées ont évolué progressivement tandis que les expériences du PAQ démontraient que les efforts d'amélioration pouvaient être envisagés comme figurant sur une échelle de complexité croissante, où différentes approches d'amélioration de la qualité sont utilisées en fonction des situations. Ce document décrit quatre approches de l'amélioration de la qualité, approches qui s'inscrivent dans le cadre de cette gamme, et fournissent des exemples de contextes et de situations dans lesquels ces stratégies ont été utilisées avec succès.



Karen Ashlow 2001

# 2 Le paradigme moderne d'amélioration de la qualité

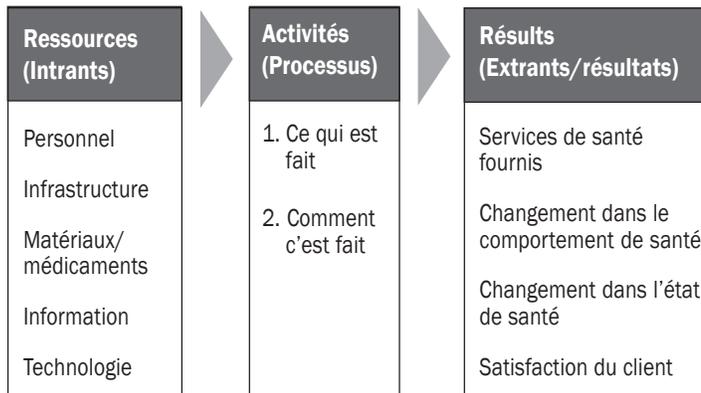
## 2.1 L'assurance qualité et les soins de santé

**L'**ASSURANCE qualité (AQ) comprend toutes les activités qui sont mises en œuvre pour améliorer les soins de santé. Ces activités se basent sur les principes de gestion de la qualité, à savoir : « Une transformation systématique de la gestion conçue pour répondre aux besoins et opportunités de toutes les organisations tandis qu'elles s'efforcent de faire face à des changements, à une complexité et à des tensions de plus en plus importants dans leur environnement » (Berwick 1998). Le PAQ a utilisé les concepts de gestion de la qualité et les a adaptés à des contextes de soins de santé du monde entier, en particulier dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Ce document résume les connaissances du PAQ sur un aspect des activités d'AQ : l'amélioration de la qualité (AmQ). L'amélioration de la qualité identifie les écarts qui existent entre les services effectivement fournis et les attentes des consommateurs concernant ces services. Elle réduit ensuite ces écarts, non seulement pour répondre aux besoins et aux attentes des clients, mais aussi pour les dépasser et pour parvenir à des niveaux de performance qui n'avaient jamais été atteints jusqu'à présent. L'AmQ repose sur des principes de gestion de la qualité qui sont axés sur le client, les systèmes et processus, le travail en équipe et l'utilisation des données.

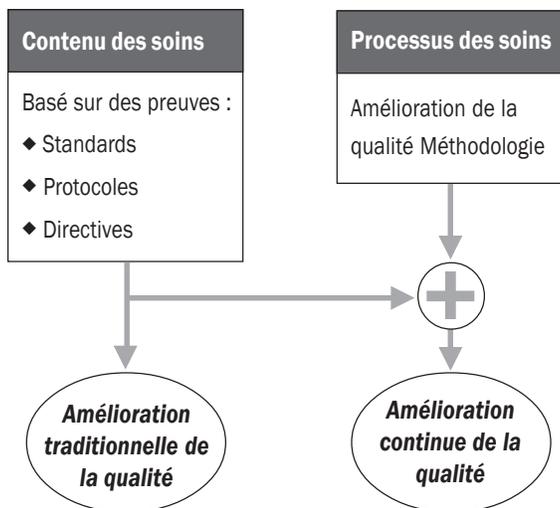
L'AmQ a évolué au fil des années pour arriver aux idées présentées dans ce document. Au départ, on pensait que pour obtenir des améliorations il fallait introduire des éléments nouveaux ou davantage d'éléments, par exemple une machine, une méthode, une formation ou des fournitures nouvelles. On pensait qu'une plus grande quantité de ces ressources ou de ces intrants améliorerait la qualité. Les gens qui s'employaient à améliorer la qualité ont appris que l'accroissement des ressources ne garantissait pas toujours une utilisation efficace de celles-ci, et qu'en conséquence cet accroissement n'aboutirait peut-être pas à des améliorations en termes de qualité. Par exemple, l'achat d'une nouvelle machine dans un hôpital ne suffit pas, à elle seule, à améliorer la qualité des soins. Pour profiter de l'avancée technologique que représente la machine, les employés ont besoin d'une formation pour apprendre à

**Figure 2.1 Intrants, processus et extrants/résultats**



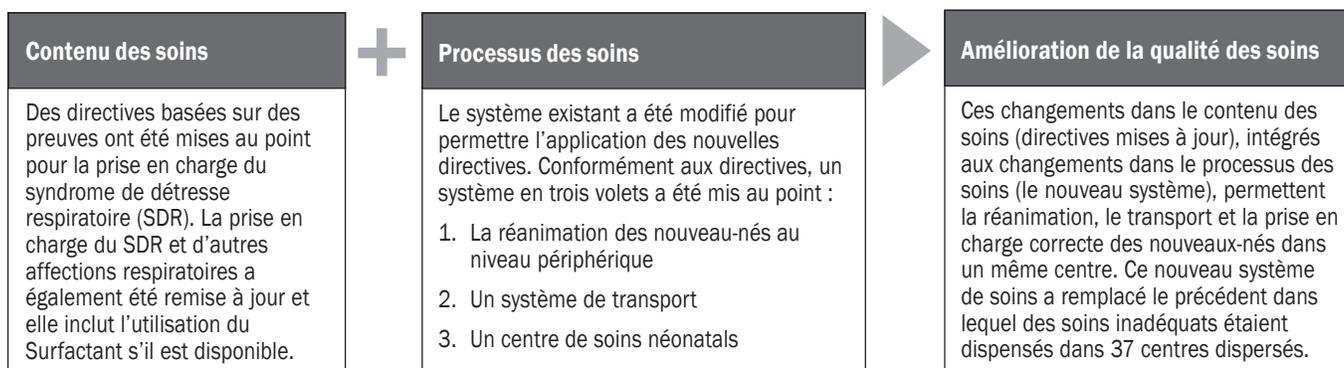
Source : Donabedian (1980)

**Figure 2.2 L'amélioration de la qualité intègre le contenu des soins et le processus de prestation des soins**



Source : Batalden and Stoltz (1993)

**Figure 2.3 Intégration des changements dans le contenu et le processus des soins (Tver, Russie)**



s'en servir, les patients doivent avoir accès aux services que fournit la machine, et le système de soins de santé doit être modifié pour permettre l'utilisation de cette nouvelle technologie. En d'autres termes, l'amélioration implique non seulement que l'on ajoute de nouvelles ressources à un système, mais aussi que se produisent des changements dans l'organisation, afin de permettre une meilleure utilisation des ressources.

En fait, une leçon essentielle à tirer est que, dans de nombreux cas, la qualité peut être améliorée sans qu'il faille nécessairement davantage de ressources. Il est intéressant de noter que l'amélioration des processus de soins, non seulement engendre de meilleurs résultats pour le patient, mais réduit aussi le coût de la prestation de services : elle élimine le gaspillage, le travail inutile et le travail à refaire.

L'inspection des principaux processus ou activités est une autre démarche par laquelle les responsables ont cherché à identifier et à résoudre les problèmes. Cette méthode a essayé de renforcer le contrôle sur le personnel et de blâmer les gens pour leurs erreurs. Cette philosophie d'amélioration de la qualité n'a remporté qu'un succès limité car elle n'a pas nécessairement identifié les obstacles à l'amélioration, ni obtenu le soutien des agents qui étaient réticents à être évalués. Les approches actuelles d'AmQ examinent la façon dont les activités peuvent être modifiées pour que les employés fassent mieux leur travail. Par exemple, la mauvaise performance des employés peut être due à des pénuries de matériel, à des processus inefficaces, ou à une insuffisance de formation ou de coaching, plutôt qu'à la performance proprement dite des agents de santé.

La philosophie qui sous-tend les stratégies d'amélioration de la qualité présentées dans ce document reconnaît que ce sont à la fois les ressources (intrants) et les activités (processus) qui doivent être abordés ensemble afin d'assurer ou d'améliorer la qualité des soins (extrants/résultats). La *Figure 2.1*, basée sur les idées du Dr Avedis Donabedian (1980), démontre que la qualité des soins devrait être considérée à travers les ressources, les processus et les extrants/résultats.

Ce schéma démontre comment les intrants et les processus sont liés pour obtenir le résultat recherché : des soins de qualité. Ainsi, il est évident que les améliorations proviennent d'avancées technologiques, telles que de nouveaux médicaments ou de nouvelles techniques de diagnostic. Cependant, les améliorations dépendent aussi de la capacité d'une organisation à intégrer ces ressources, telles que la technologie, d'une manière efficace et efficiente dans la prestation de soins.

Les activités comprennent deux volets essentiels : « Ce qui est fait » (le contenu) et « Comment c'est fait » (le processus des soins). L'amélioration peut être obtenue par le biais de l'un ou l'autre de ces éléments. Toutefois, c'est en s'attaquant en même temps au contenu et au processus des soins que l'on obtiendra l'impact le plus important. Ce paradigme pour l'AmQ rend les organisations plus efficaces, et mieux à même de fournir des soins de qualité, plus accessibles, avec moins de gaspillage et souvent, pour un coût moindre.

Lorsque nous examinons le contenu des soins, nous passons en revue et nous actualisons la prise en charge clinique des patients afin d'obtenir des améliorations pour ce qui est des soins cliniques. Pour ce faire, nous utilisons de la documentation médicale basée sur des preuves et les informations les plus probantes qui soient, afin d'actualiser les pratiques cliniques. Lorsque nous examinons le processus des soins, l'objectif est de renforcer les capacités en ce qui concerne la prestation de soins de santé, afin que ces capacités permettent la mise en œuvre du contenu actualisé. Ce concept est illustré par la *Figure 2.2* (Batalden et Stoltz 1997) et par l'exemple de la *Figure 2.3*.

La *Figure 2.3* présente un exemple emprunté à la ville de Tver, en Russie, exemple qui illustre la façon dont un système de prise en charge des nouveau-nés souffrant du syndrome de détresse respiratoire intègre des changements dans le contenu des soins, et le processus de prestation des soins. Ces changements ont fourni le résultat espéré, à savoir une amélioration de la qualité des soins.

### Résumé : Médecine basée sur des preuves

- ◆ Clarifie les questions et les besoins en matière de recherche
- ◆ Remet en cause les hypothèses relatives à une intervention
- ◆ Rappelle aux vérificateurs les domaines qui n'ont pas été pris en compte
- ◆ Décrit la manière dont les actions ont un impact sur les résultats

## 2.2 Médecine basée sur des preuves

Comme le montrent les *Figures 2.2* et *2.3*, l'utilisation des expériences précédentes est cruciale pour l'amélioration de la qualité des soins de santé. La médecine basée sur l'expérience pratique est « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles dans la prise de décisions relatives aux soins apportés aux patients pris individuellement » (Gardner et Altman 1986). La pratique de la médecine basée sur des preuves associe les compétences cliniques individuelles et les meilleures preuves cliniques extérieures disponibles, découlant d'une recherche systématique (Sacquait *et al.* 1996). L'expression de « compétences cliniques individuelles » désigne les compétences acquises par les cliniciens. Ces compétences se traduisent par une maîtrise et un jugement approfondis de la part des cliniciens, par exemple un diagnostic efficace et efficient. L'expression de « preuves cliniques extérieures » désigne des recherches cliniques pertinentes qui infirment des tests diagnostiques ou des traitements précédemment acceptés, et les remplace par de nouveaux tests ou traitements, qui sont plus puissants, plus précis, plus efficaces et/ou sûrs. Les compétences cliniques associées à des preuves cliniques extérieures permettent aux prestataires de faire un choix parmi les meilleures pratiques actuelles et d'opter, à leur discrétion, pour celles qui seront appropriées et qui répondront aux besoins des patients pour chaque cas particulier. La classification de ces nombreuses et variées sources de preuves et de niveaux de preuve est illustrée à la *Figure 2.1*.

La médecine basée sur des preuves a conduit à des changements dans les soins cliniques fournis aux femmes souffrant d'hypertension artérielle liée à la grossesse (HTA-G), en Russie. La procédure clinique prévoyait que cette hypertension serait traitée tout en maintenant la grossesse. L'examen de la documentation existante basée sur des preuves a toutefois mis en évidence, dans les cas graves, l'efficacité d'une monothérapie rapide au sulfate de magnésium. Sur

**Tableau 2.1 Système de codage pour la hiérarchisation des preuves**

Niveau de preuve	Description
I	Essais contrôlés randomisés bien conçus
II-1a	Essais contrôlés avec pseudo-randomisation bien conçus
II-1b	Essais contrôlés sans randomisation bien conçus
II-2a	Étude de cohortes (prospective) bien conçue avec contrôles concurrents
II-2b	Étude de cohortes (prospective) bien conçue avec contrôles historiques
II-2c	Étude de cohorte (rétrospective) avec contrôles concurrents
II-3	Étude de cohortes (rétrospective) bien conçue
III	Différences importantes dans les comparaisons de temps et/ou les comparaisons entre endroits avec ou sans intervention (dans certains cas, peut être équivalent au niveau II ou I)
IV	Opinions de personnalités respectées sur la base de l'expérience clinique, d'études descriptives et de rapports de comités d'experts

Source: NHS Center for Reviews and Dissemination (1996)

la base de cette constatation, le traitement clinique de l'hypertension liée à la grossesse a été changé en Russie, avec pour conséquence une forte diminution des hospitalisations pour cette pathologie, ainsi que des complications chez les nouveau-nés dont les mères souffraient d'hypertension.

Ce document constitue un guide général pour améliorer la qualité des soins dans différents contextes sanitaires. Les solutions ou interventions conçues sur la base des approches de l'AmQ doivent cependant être adaptées à chaque situation. L'adaptation des connaissances médicales ou des connaissances relatives à l'amélioration, à chaque situation, est importante, étant donné que les initiatives d'amélioration de la qualité se produisent dans des contextes très différents : formations sanitaires locales, hôpitaux et systèmes nationaux tels que les ministères de la santé. Les besoins et les priorités pour la technologie et/ou la méthodologie d'amélioration de la qualité varieront en fonction des circonstances afférentes aux besoins d'amélioration.

## 2.3 Le concept fondamental de l'amélioration

Il est de la plus haute importance de comprendre que l'amélioration implique des changements, et que tout changement n'est pas nécessairement une amélioration. Si aucun changement n'est apporté au système, la seule chose qu'on puisse escompter est que le système continue d'engendrer les mêmes résultats. Selon les termes de D.M. Berwick (1998), « Chaque système est parfaitement conçu pour atteindre exactement les résultats qu'il atteint ». Cette phrase résume l'idée centrale de l'amélioration moderne de la qualité, à savoir que la performance est une caractéristique de tout système. En conséquence, pour obtenir un niveau de performance différent, il est essentiel d'apporter des changements au système. Les systèmes mal conçus risquent d'être inefficaces et de qualité médiocre. Les approches d'amélioration de la qualité identifient les éléments inutiles, les éléments faisant double emploi, ou ceux manquants dans les processus, et elles cherchent à améliorer la qualité en précisant et/ou en simplifiant les procédures. Étant donné que tout changement n'est pas forcément une amélioration, les changements doivent être testés et étudiés pour déterminer s'ils améliorent la qualité des soins. Ce concept sera examiné plus en détail ultérieurement dans ce chapitre.

Le changement efficace prend en compte la façon dont les éléments d'un système sont agencés et liés entre eux, plutôt que de se concentrer sur un élément seulement. Par exemple, des changements dans les compétences et les connaissances du personnel, par le biais de la formation, ne produiront d'améliorations que dans la mesure où le manque de formation était une cause majeure des mauvai-

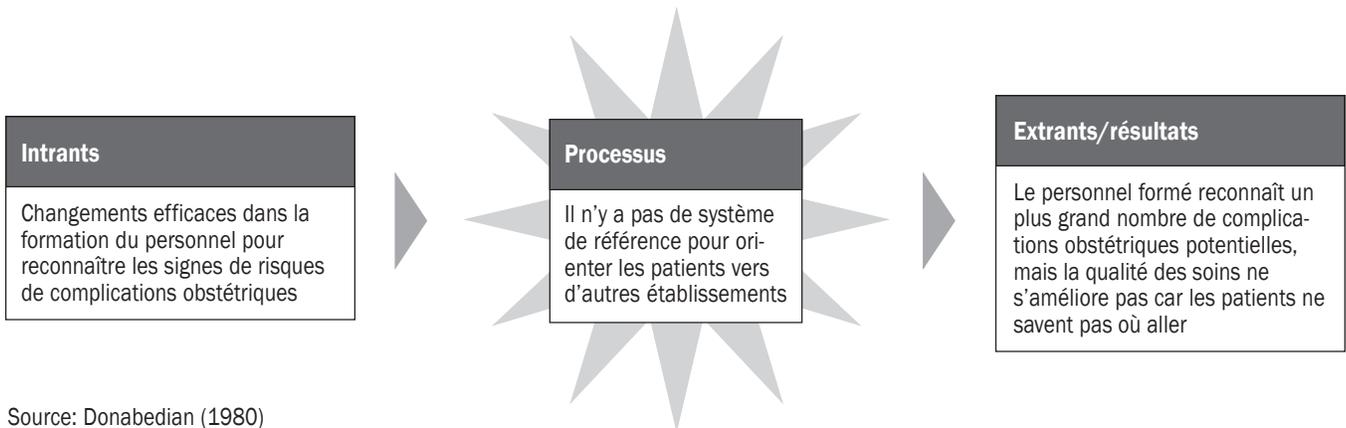
### Résumé: Concept fondamental de l'amélioration

En résumé, il est important de se souvenir que le concept fondamental de l'amélioration stipule que :

1. La performance est une caractéristique d'un système.
2. Pour obtenir des améliorations, il faut modifier le système de manière à obtenir de meilleurs résultats.
3. Les divers intrants d'un système produisent des améliorations uniquement dans la mesure où ils peuvent engendrer des changements à l'intérieur de ce système.

Les changements devraient porter non seulement sur les différentes parties d'un système prises séparément – intrants, processus et résultats – mais aussi sur les liens existant entre ces parties

Figure 2.4 Les initiatives d'amélioration doivent s'attaquer aux processus



Source: Donabedian (1980)

ses performances du système. Si l'on ne s'attaque pas non plus aux problèmes en rapport avec les processus, même un personnel formé ne pourra pas accomplir son travail au mieux de ses compétences. Ce concept est également valable dans d'autres domaines que la formation, tels que la prise de mesures, l'inspection, la transmission de directives à une personne, et l'investissement des ressources. Des actions dans ces domaines n'apporteront le résultat désiré en termes d'amélioration de la qualité des soins que si les processus sont également améliorés. Ce concept est clairement illustré par la *Figure 2.4*.

## 2.4 Principes de l'amélioration

L'amélioration de la qualité repose sur quatre principes qui sont valables pour toutes les activités d'assurance qualité, y compris l'AmQ. Ces principes sont les suivants :

**Une focalisation sur le client :** Les services devraient être conçus de manière à répondre aux besoins et aux attentes des clients et de la collectivité.

**Comprendre que le travail est un ensemble de processus et de systèmes :** Les prestataires doivent comprendre le système de soins et ses principaux processus de services afin de les améliorer.

**La mise à l'essai des changements et l'importance de l'utilisation des données :** Les changements sont testés pour déterminer s'ils produisent ou non les améliorations requises. Les données sont utilisées pour analyser les processus, identifier les problèmes et déterminer si les changements ont engendré des améliorations.

**Le travail en équipe :** Le meilleur moyen d'obtenir une amélioration est par le biais d'une approche en équipe pour la résolution de problèmes et l'amélioration de la qualité.

### 2.4.1 Focalisation sur le client

Les services de santé visent à répondre aux besoins de santé des clients. La prestation de services de santé devrait donc être conçue pour satisfaire ces besoins. Une focalisation sur le client permet de déterminer si chaque étape d'un processus est pertinente pour répondre aux besoins des clients, et pour éliminer les étapes qui n'aboutiraient pas à la satisfaction des clients ou aux résultats désirés par ceux-ci. Cette focalisation sur le client peut être obtenue en rassemblant des informations au sujet des clients et en concevant ensuite des services qui répondent aux besoins mis en évidence. Les organisations axées sur les clients satisfont les besoins et les attentes des clients, et leur fournissent donc des soins d'une meilleure qualité.

---

#### *Exemple de cas : Focalisation sur le consommateur (Bolivie)*

Un projet de mortalité liée à la maternité, projet visant à améliorer l'accès aux soins obstétricaux et à leur utilisation dans les hôpitaux pour les femmes, a étudié le faible taux d'utilisation des services. Des discussions de groupe avec les utilisatrices potentielles ont révélé que celles-ci préféreraient accoucher à la maison car les hôpitaux ne servaient pas d'aliments considérés par les patientes comme nécessaires lors de l'accouchement. Cette information - contexte culturel - est importante afin de rendre les services plus acceptables pour les patientes. En comprenant les besoins des femmes et en y répondant, l'hôpital pourrait attirer un plus grand pourcentage de femmes enceintes.

---

---

---

Cela encourage les clients à revenir et à recommander les services à d'autres.

Une focalisation sur les clients, permet non seulement d'impliquer les gens qui viennent dans un établissement pour y recevoir des services (personne appelées *consommateurs externes*), mais aussi de cibler les besoins du personnel (*consommateurs internes*) qui intervient dans la prestation des soins. Les consommateurs externes comprennent les personnes qui reçoivent le produit final, ou les extraits, du système. Par exemple, les patients sont les consommateurs externes des soins de santé dispensés par un hôpital. Les consommateurs internes sont les membres d'une organisation qui sont impliqués dans les processus nécessaires pour produire les extraits, à savoir des soins de santé.

---

---

### *Exemple de cas : Focalisation sur le client*

Le Dr David Gustafson (1993) a examiné les besoins du consommateur dans le cadre d'une étude sur des patientes ayant un cancer du sein et sur leur famille. Cette étude a montré qu'en général les patientes ne citaient pas en priorité leurs besoins en rapport avec le traitement, comme le supposent généralement les prestataires. Par contre, les patientes et leur famille soulignaient leur besoin d'information et de soutien, notamment pour les perspectives d'avenir, les décisions médicales, l'optimisation de la guérison et la compréhension des implications du diagnostic. La compréhension des besoins de leurs clients, ainsi que la réponse qu'ils donnent à ces besoins, aident les prestataires de soins à mieux satisfaire les exigences des consommateurs et à devancer les attentes des patientes.

---

---

Les consommateurs internes bénéficient de l'efficacité du système en étant capables de mieux exécuter leurs tâches – ils répondent ainsi plus pleinement aux besoins des consommateurs externes. Les médecins, les infirmières, le personnel administratif et le personnel chargé du nettoyage sont tous des exemples de consommateurs internes dans un hôpital, et ils sont tous importants pour parvenir à l'objectif général de soins de qualité. Les gens changent de rôle<sup>1</sup> durant les processus de travail, passant de nombreuses fois de la fonction de fournisseur à celle de consommateur, ce qui crée une dépendance mutuelle dans l'exécution des tâches.

Les besoins et les attentes des consommateurs changent en fonction de la technologie et l'éducation. Bien que les besoins varient, certaines préoccupations communes aux consommateurs internes et externes ont été identifiées par des recherches. On les désigne par l'expression de « dimensions de la qualité ». La qualité présente de nombreuses dimensions dont certaines sont plus importantes que d'autres :

**La performance technique :** La mesure dans laquelle les tâches effectuées par les agents de santé et les établissements sanitaires répondent aux attentes en matière de qualité technique (c'est-à-dire le respect des standards).

**L'efficacité des soins :** La mesure dans laquelle les résultats escomptés des soins sont atteints.

**L'efficacité de la prestation de services :** Le ratio des extraits des services par rapport aux coûts de la production de ces services.

**La sécurité :** La mesure dans laquelle les risques de blessure, d'infection ou autres effets secondaires négatifs peuvent être minimisés.

**L'accès aux services :** La mesure dans laquelle les services de soins de santé ne sont pas limités par des obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques.

**Les relations interpersonnelles :** La confiance, le respect, la confidentialité, la courtoisie, la sensibilité aux besoins, la sympathie, l'écoute efficace et la communication entre les prestataires et les clients.

**La continuité des services :** La fourniture de soins par le même prestataire durant toute la durée des soins (le cas échéant) et l'orientation appropriée et dans des délais convenables, ainsi que la communication entre prestataires.

**L'infrastructure matérielle et le confort :** L'apparence matérielle de l'établissement, la propreté, le confort, l'intimité et d'autres considérations qui sont importantes pour les clients.

**Le choix :** Le cas échéant, le choix, par le client du prestataire, du plan d'assurance ou du traitement.

La compréhension des besoins des patients et la réponse à ces besoins sont essentielles à la qualité des soins. Selon la manière dont ces besoins sont satisfaits, les clients décident s'ils reviendront pour d'autres visites, s'ils finiront le

---

<sup>1</sup> Par « fournisseurs » on entend les personnes qui fournissent un produit ou un service dans le processus de travail et/ou à la fin de ce processus

traitement préconisé, s'ils paieront pour les services et/ou s'ils recommanderont les services à d'autres personnes.

De pair avec la compréhension des différentes dimensions de la qualité, il est également important de reconnaître que les clients ont différents besoins. D'abord, en plus des services effectifs qu'ils demandent pour leur santé, les clients ont également des attentes ou des désirs concernant des services que les prestataires ne comprennent peut-être pas nécessairement. Cela représente un défi pour les prestataires de soins de santé, qui doivent non seulement fournir les soins de santé nécessaires, mais qui doivent aussi le faire d'une manière qui soit acceptable pour leurs clients. Deuxièmement, un centrage sur les clients ne se limite pas à faire en sorte que ceux-ci soient satisfaits. Ils ont également besoin de renseignements afin d'avoir accès à des services et de pouvoir prendre des décisions pertinentes.

#### 2.4.2 Comprendre le travail comme un ensemble de processus et de systèmes

La gestion de la qualité considère tout travail sous la forme de processus et de systèmes. Un *processus* est défini comme étant « une succession d'étapes à travers lesquelles les intrants provenant de fournisseurs sont convertis en extrants pour les consommateurs ». Un *système* est défini comme étant « la somme totale de tous les éléments (y compris les processus) qui sont reliés entre eux pour produire un but commun ou un produit » (voir Figure 2.5).

Il y a différents types de processus dans le domaine des soins de santé, notamment :

**Les algorithmes cliniques :** Les processus par lesquels les décisions cliniques sont prises.

**Les processus de circulation de l'information :** Les processus par lesquels l'information est partagée entre les différentes personnes qui interviennent dans les soins de santé.

**Les processus de circulation des fournitures :** Les processus par lesquels le matériel (par exemple, les médicaments, les fournitures, les produits alimentaires) circule à l'intérieur du système.

**Les processus de circulation des patients :** Les processus par lesquels les patients circulent à l'intérieur de l'établissement médical où ils demandent et reçoivent des soins.

**Les processus de circulation multiples :** La plupart des processus sont en fait multiples étant donné que des patients, des fournitures, des informations et autres éléments sont impliqués simultanément dans le même processus de soins.

Dans la prestation de soins de routine, de nombreux processus se déroulent simultanément et font intervenir plusieurs fonctions professionnelles de l'organisation. Tous les processus visent à obtenir un seul but ou extrant du système. Un système est un assemblage d'intrants, de processus et d'extrants/résultats qui sont reliés entre eux comme le montre la Figure 2.6. Ce principe de l'amélioration va au-delà de l'idée introduite au début de ce chapitre, à savoir que les changements sont effectués avec à l'esprit la coordination entre les parties d'un système. Les systèmes sont composés d'organisations, de personnes, de matériel

Figure 2.6 Modèle conceptuel d'un système

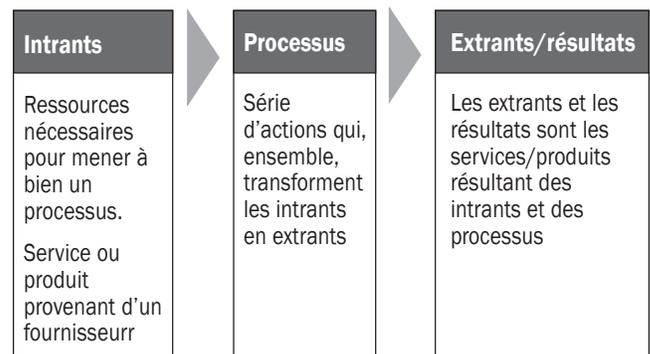
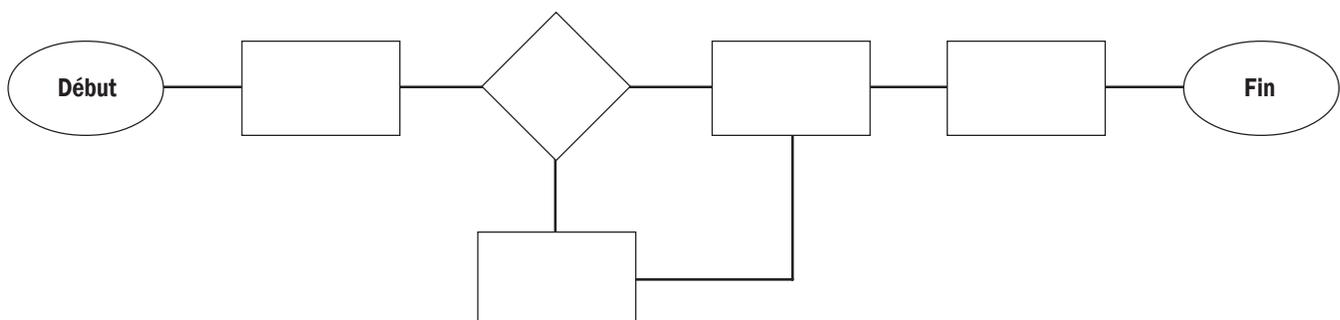


Figure 2.5 Modèle conceptuel d'un processus



et de procédures associés à une fonction particulière ou à un résultat particulier.

Comme exemple de systèmes en tant que somme de plusieurs processus, on peut citer le système de soins pour les patients qui souffrent d'hypertension artérielle, à Tula Oblast, en Russie. Le système comporte plusieurs volets, notamment le dépistage, la prise en charge clinique, l'organisation des soins, la promotion de la santé, les politiques/la réglementation et le réaménagement des ressources.

Les processus peuvent être une source de résultats inefficaces en raison de problèmes qui surviennent dans l'exécution d'une tâche ou le passage d'une étape à l'autre. L'inefficacité, dans un processus, se traduit souvent par des étapes inutiles qui occasionnent un surcroît de complexité et de travail pour un système, avec un impact sur la qualité des soins en général. Des outils, comme un organigramme, aident à comprendre les étapes d'un processus (les outils seront étudiés au Chapitre 9). Les processus peuvent également être peu précis et/ou sauter des étapes, et il est possible qu'il faille les préciser. Par la compréhension des processus et des systèmes de soins, les équipes d'AmQ peuvent identifier des faiblesses et modifier les processus pour que ceux-ci produisent de meilleurs résultats.

### 2.4.3 Travail en équipe

Une équipe est « un groupe très performant, qui effectue une tâche, dont les membres sont interdépendants et partagent un objectif de performance commun » (Francis et Young, 1992). Les équipes d'amélioration de la qualité prennent des décisions ensemble en planifiant le processus d'amélioration. Les besoins d'amélioration d'une organisation déterminent la structure qui conviendrait pour l'équipe.

L'expérience a démontré que les équipes sont importantes pour plusieurs raisons. Premièrement, les processus sont constitués d'étapes liées entre elles, étapes qui sont exécutées par différentes personnes, de sorte que le groupe qui travaille au sein d'un processus le comprendra mieux que toute autre personne. Inclure des personnes clés dans l'amélioration d'un processus implique souvent l'éclaircissement et l'inclusion des idées et des besoins des consommateurs dans la prestation des soins de santé.

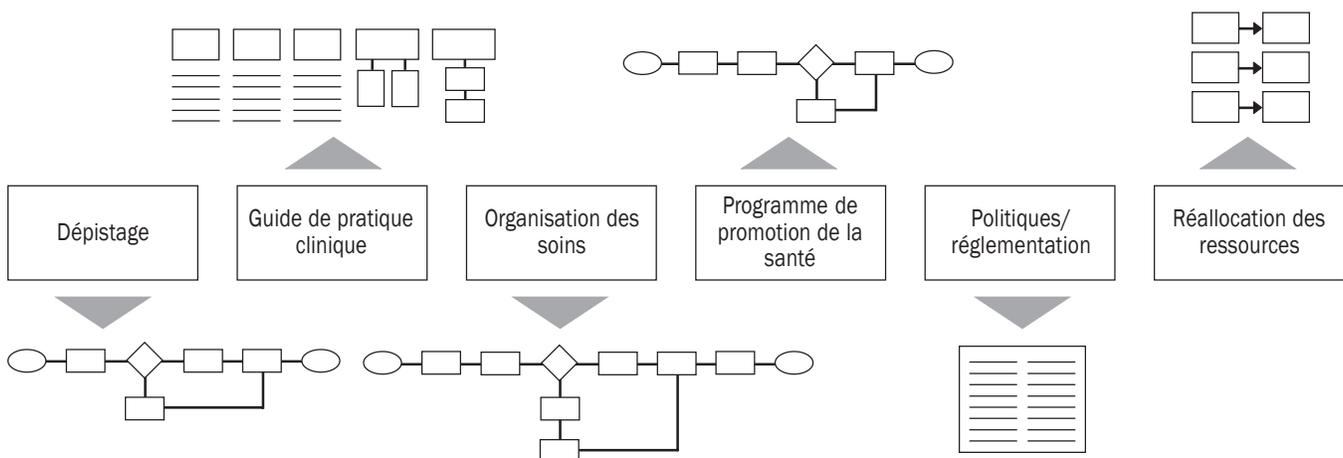
En outre, les défauts au niveau de la qualité se retrouvent généralement lors de la transition entre différentes fonctions ou personnes. La participation de personnes clés ayant une bonne connaissance du processus, par exemple des délégués de chaque fonction, aide à mettre en évidence des erreurs qui se produisent lors de transitions.

Qui plus est, le personnel, si on lui en donne la possibilité, et si on lui en confie la responsabilité, peut souvent identifier les problèmes et générer des idées pour résoudre des problèmes. La participation des personnes clés améliore les idées exprimées à propos des changements, réduisant ainsi les résistances à ces changements.

Ensuite, un système de soutien et de coopération mutuels est créé en travaillant ensemble sur un projet, débouchant sur un engagement renforcé à obtenir des améliorations. Dans un tel climat de soutien, il devient difficile de blâmer les autres pour les problèmes qui se posent.

Enfin, les accomplissements des équipes ont souvent pour effet de donner aux membres de l'équipe une plus grande confiance en eux-mêmes. Cela permet aux membres de l'organisation d'œuvrer pour la réalisation de l'objectif visé en utilisant leurs connaissances et leur savoir-faire pour améliorer la performance de l'organisation.

Figure 2.7 Éléments du système de prise en charge de l'hypertension à Tula Oblast



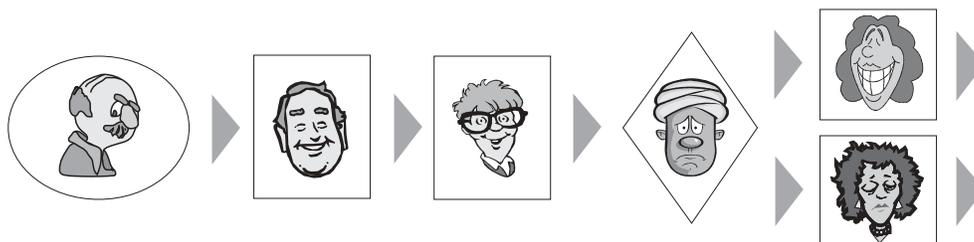
Les équipes peuvent être organisées officiellement pour être des éléments permanents d'une organisation, éléments qui travailleront à l'amélioration de la qualité, ou bien elles peuvent avoir un caractère ad hoc (temporaire). Les équipes ad hoc font appel à des collègues extérieurs à l'équipe, en fonction des besoins. Les équipes peuvent inclure uniquement des personnes qui s'occupent d'un processus particulier, ou elles peuvent impliquer des personnes très différentes au sein de l'organisation.

Les équipes sont constituées d'intervenants clés au niveau des étapes du processus à améliorer, ainsi que de personnes concernées par le processus, comme par exemple des consommateurs. Il peut être demandé à ces délégués de participer, en fonction des besoins, à l'amélioration du processus ou de participer en tant que membres permanents d'une équipe d'amélioration de la qualité. La participation de ces délégués permet d'avoir une meilleure compréhension générale de la manière dont chaque poste contribue à atteindre les objectifs de l'organisation, et montre que leur opinion est appréciée dans l'effort d'amélioration. La *Figure 2.8* montre comment, pour chaque étape, l'on trouve des personnes clé qui représentent l'équipe travaillant sur le processus.

#### 2.4.4 Mise à l'essai des changements et importance de l'utilisation des données

La méthode scientifique est un principe de changement efficace car elle constitue une manière d'expliquer le monde qui nous entoure en formulant des *hypothèses (théories)*, en testant des hypothèses au moyen d'expériences, et en déterminant si les résultats confirment les hypothèses. Les efforts au niveau de l'amélioration de la qualité devraient s'appuyer sur des faits, dans toute la mesure du possible, lorsque l'on détermine le problème, ses solutions et l'efficacité de celles-ci. La méthode scientifique aide à faire la distinction entre opinion et faits. En fonction des résultats, des décisions sont prises quant à l'opportunité d'un changement. Donc, dans l'amélioration de la qualité, la méthode scientifique est utilisée non seulement pour déterminer si un changement est efficace, mais également pour agir en conséquence. La méthode scientifique comporte trois volets principaux :

**Figure 2.8** Derrière chaque étape du processus, il y a une personne



Source : Projet d'amélioration de la qualité, Ministère de la santé/Palestine (1996)

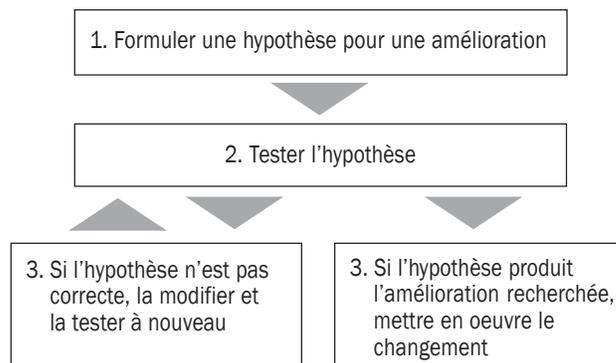
- ◆ La mise à l'essai des hypothèses
- ◆ La mesure et les données
- ◆ La variation

#### *La mise à l'essai des hypothèses : Applications pour l'amélioration de la qualité*

Les hypothèses sont des estimations générales dont la véracité n'a pas encore été confirmée. Elles peuvent être formulées sur la base d'intuitions, de l'expérience ou de données. Le niveau et la quantité d'informations nécessaires pour formuler et prouver des hypothèses varient en fonction des circonstances qui entourent les besoins d'amélioration. Ces hypothèses présentent des idées pour des changements mais elles n'indiquent pas si le ou les changements sont en fait une amélioration. La mise à l'essai des hypothèses vérifie si un changement apporte des améliorations et/ou exige d'autres modifications avant la mise en œuvre.

La *Figure 2.9* représente le déroulement de ce processus. La mise à l'essai détermine si de nouvelles modifications sont justifiées. Les résultats de l'essai (Étape 3) indiquent s'il y a lieu d'appliquer le changement, d'essayer une autre hypothèse ou de faire les deux.

**Figure 2.9** Mise à l'essai des hypothèses



---

---

## Mesure et données

Des données sont utilisées pour identifier et analyser les problèmes et pour élaborer, tester et mettre en œuvre des solutions. Les données sont importantes car elles sont une garantie d'objectivité. Par exemple, la collecte et l'analyse de données nous permettent de formuler et de tester des hypothèses. La comparaison des données avant et après un changement indique si celui-ci a permis des améliorations suffisantes. Plus précisément, les mesures et les données sont utilisées dans l'amélioration de la qualité pour :

- ◆ Identifier et évaluer les problèmes
- ◆ Vérifier les causes possibles de problèmes
- ◆ Nous permettre de prendre des décisions pertinentes
- ◆ Montrer si un changement a produit des améliorations et dans quelle mesure
- ◆ Suivre les processus dans le temps pour voir si un changement et l'amélioration sont maintenus.

La mesure dans laquelle les données sont collectées et analysées varie selon les différentes approches de l'amélioration de la qualité. Les données peuvent être d'une nature quantitative, comme les statistiques relatives aux services, ou qualitatives, comme la rétroinformation des consommateurs ou les observations des travailleurs. Ces différences seront examinées ultérieurement dans le présent document avec une discussion de chacune des approches d'amélioration de la qualité.

Une façon de mesurer si un changement s'est traduit par des améliorations est de procéder à un suivi des *indicateurs*. Un indicateur est une variable mesurable (ou caractéristique) qui peut être utilisée pour déterminer le niveau de performance d'un système/processus, ainsi que le respect d'une norme, ou la réalisation d'un objectif de qualité (Miller Franco, L. *et al.*, 1997). Les équipes établissent les indicateurs pour pouvoir suivre un ou plusieurs éléments d'un système : les intrants, les processus ou les résultats. Les indicateurs sont utilisés pour identifier les faiblesses d'un programme, pour tester les changements, et pour mesurer les succès d'un programme.

Ces outils doivent être fiables et objectifs pour déterminer les aspects à suivre. En outre, les indicateurs sont surtout utiles lorsqu'ils sont sensibles au changement et faciles à calculer. Enfin, les indicateurs devraient refléter les données nécessaires pour un programme et devraient être pertinents par rapport aux objectifs organisationnels. Par exemple, les taux d'infection peuvent être suivis dans le temps pour détecter des changements. Une hausse des taux d'infection peut indiquer un problème – on peut

supposer que ce problème vient du fait que le matériel chirurgical n'est pas bien stérilisé ou que le personnel ne se lave pas les mains. Si un changement est introduit, comme une communication sur l'importance de stériliser les outils chirurgicaux, une diminution des taux d'infection pourrait indiquer que le changement a été efficace.

L'information nécessaire pour suivre les indicateurs peut être obtenue par l'examen des données existantes et/ou par la collecte de données complémentaires. L'utilisation des données existantes (par exemple, les statistiques relatives aux services, les dossiers des patients et la rétroinformation des clients) peut demander moins de temps et de ressources que la collecte de nouvelles données. Toutefois, si les données existantes sont insuffisantes ou inexactes, il faudra obtenir des données complémentaires. On trouvera au Chapitre 9 des renseignements complémentaires sur l'examen des données existantes et la collecte des données<sup>2</sup>.

### *Interprétation de la variation des données*

Afin de comprendre comment fonctionne un processus ou un système, il faut aussi comprendre comment il varie. La *variation* est définie comme étant la différence dans le résultat d'un processus découlant de l'influence (ou des influences) de cinq éléments principaux (Miller Franco, L. *et al.*) :

- ◆ Les gens : Médecins, infirmières, techniciens et patients
- ◆ Les machines : Équipement, bases de données
- ◆ Le matériel : Fournitures, intrants
- ◆ Les méthodes : Procédures, standards et techniques
- ◆ Les mesures : Distorsion et inexactitude des données

La variation est un concept important dans la collecte et l'interprétation des données, étant donné qu'elle constitue une partie normale de la vie, et qu'elle affecte le fonctionnement au quotidien. Par exemple, la variation est observée dans la nature. Bien qu'il y ait une moyenne des variables saisonnières telles que la température ou la pluviométrie, chaque jour et chaque saison sont légèrement différents par rapport à la moyenne. Certains jours sont particulièrement chauds ou froids. Cette différence est appelée variation.

La variation est également observée dans les systèmes et les processus et elle est caractéristique de leur niveau de performance. Par exemple, les gens peuvent être une cause de variation dans un système ou un processus. Ainsi, si les heures d'ouverture en matinée d'un établissement de santé sont plus pratiques pour les patients, il y aura davantage de

---

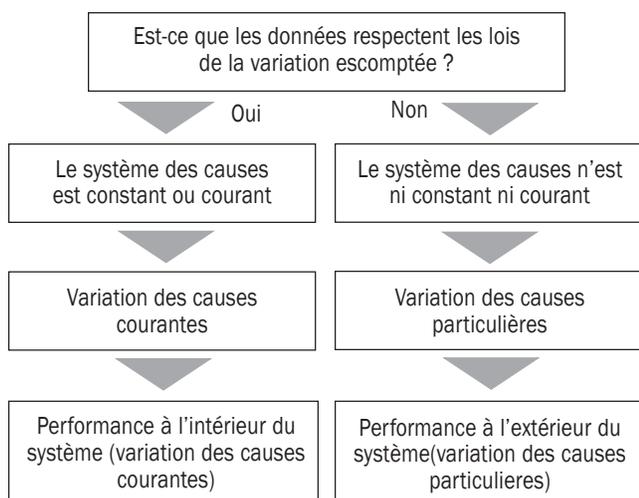
<sup>2</sup> *Autres sources recommandées de renseignements sur le suivi de la qualité et la collecte de données : Bouchet (2000) et Ashton (2001).*

patients le matin que l'après-midi. Si l'établissement de santé n'a pas conscience de cette variation, il n'y aura peut-être pas assez de personnel pour s'occuper des patients, avec pour conséquence de longues files d'attente.

Il y a deux types de variations. La première est la *variation provoquée par une cause courante*. Cette variation est observée régulièrement à l'intérieur d'un processus ou d'un système, et elle est due à une fluctuation normale du processus ou du système. Une variation liée à une cause courante est prévisible à l'intérieur d'un système stable. Par contre, une *variation liée à des causes particulières* est provoquée par des circonstances qui sortent de l'ordinaire et qui sont imprévisibles. Par exemple, un autobus qui circule en fonction d'un horaire donné peut arriver à l'heure, à cinq minutes près. C'est un exemple de variation liée à une cause courante. Toutefois, si l'autobus arrive avec beaucoup d'avance ou de retard, cela peut être imputable à une variation résultant d'une cause particulière, telle qu'un accident ou une panne du véhicule.

Il y a deux raisons pouvant expliquer une variation liée à une cause particulière. Si la cause particulière de la variation a un impact positif sur le système, elle peut alors fournir des solutions potentielles pour l'amélioration et devrait être testée pour déterminer si la mise en œuvre de la solution engendrerait une amélioration permanente. Toutefois, si la cause particulière de la variation a des impacts négatifs sur le système, il conviendrait alors d'étudier la cause en question pour qu'elle puisse être évitée par la suite. La *Figure 2.10* explique comment déterminer la nature de la variation.

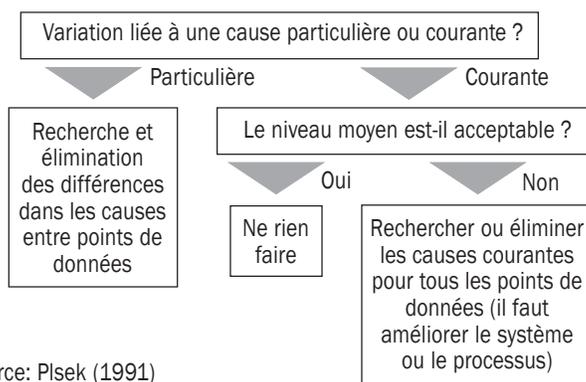
**Figure 2.10 Causes courantes et causes particulières des variations**



Source: Plsek (1991)

Le *graphique de fréquence-temps* est un outil utile pour suivre la performance des processus afin d'observer les tendances, les changements ou les cycles. Le graphique de fréquence-temps incorpore les données portées sur un graphique dans le temps pour étudier un processus. Les limites de contrôle placées sur le graphique de fréquence-temps créent un *graphique de contrôle* utilisé pour suivre de façon continue un processus, et pour faire la distinction entre les causes courantes de variation et les causes particulières de variation. Les points qui se situent en dehors des limites de contrôle indiquent une variation due à une cause particulière, alors que les points dans les limites de contrôle représentent une variation liée à une cause courante. L'interprétation de la variation fournit une information utile pour identifier les possibilités d'amélioration, analyser les problèmes, ainsi que pour élaborer et tester des solutions. Plsek présente un autre graphique utile pour comprendre comment agir sur une variation (Figure 2.11).

**Figure 2.11. Comment réagir face à une variation liée à des causes courantes ou à une variation liée à des causes particulières ?**



Source: Plsek (1991)

En résumé, les principes d'amélioration se concentrant sur : (a) les clients, (b) les systèmes et les processus, (c) le travail en équipe et (d) la mise à l'essai des changements et l'utilisation des données, constituent un fil commun pour chacune des approches d'amélioration de la qualité et une philosophie dominante pour l'amélioration de la qualité. Cette compréhension des principes d'amélioration de la qualité est essentielle pour comprendre les différentes approches décrites dans les cinq chapitres suivants.



# 3 La gamme des approches d'amélioration de la qualité

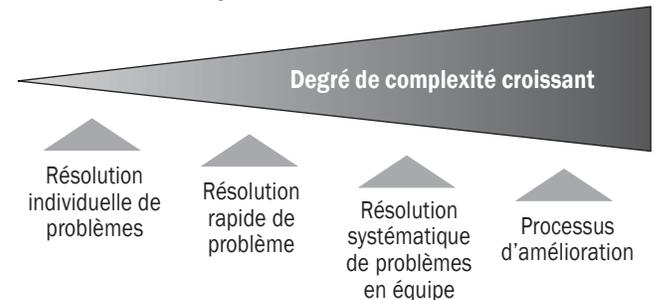
LES besoins en matière d'AmQ sont très variables, selon le contexte sanitaire et les circonstances : depuis les postes de santé ruraux, en passant par des hôpitaux urbains, jusqu'à des systèmes complets (comme les ministères de la santé) ou encore depuis un processus simple à l'intérieur d'un petit système, jusqu'à un processus complexe à l'intérieur d'un vaste système. Bien que les principes d'AmQ s'appliquent à toutes les situations, différentes approches d'AmQ donnent de meilleurs résultats dans certaines circonstances.

En réponse à la grande diversité de contextes et de circonstances qu'il a rencontrés dans plus de 30 pays en développement, le PAQ a identifié de nombreuses approches d'AmQ. Certains problèmes sont simples de par leur nature et peuvent être résolus rapidement, tandis que d'autres impliquent des processus fondamentaux et exigent une vaste collecte de données et une analyse exhaustive de ces données. L'expérience du PAQ a démontré qu'il existe un large éventail d'approches d'AmQ et que ces approches vont du simple au complexe.

Ces approches peuvent être visualisées le long d'une échelle de complexité croissante, où il faut davantage de temps, de ressources et de participation du groupe au fur et à mesure que la complexité augmente. Le long de cette échelle, le PAQ a identifié quatre points qui représentent chacun une approche d'AmQ (voir Figure 3.1). Ces quatre approches ne sont pas les seuls points sur cette échelle de complexité croissante mais ils illustrent les différences qu'il peut y avoir entre les approches d'AmQ en fonction du contexte et des circonstances.

La *résolution individuelle de problèmes* est la stratégie d'AmQ la plus simple. Tout membre d'une organisation peut l'utiliser lorsqu'il est possible de résoudre un problème sans une équipe. L'approche se rencontre dans le travail de tous les jours lorsque des agents identifient des problèmes apparents, reconnaissent leur aptitude à les résoudre et estiment qu'ils sont en mesure d'apporter les changements nécessaires. Bien que le travail en équipe soit un élément essentiel de l'AmQ, le PAQ s'est rendu compte que les besoins d'amélioration les plus simples

Figure 3.1 La gamme des approches d'amélioration de la qualité



ou les plus urgents ne nécessitent pas nécessairement des approches en équipe qui prennent beaucoup de temps. La caractéristique majeure de cette approche est qu'elle est utilisée pour des problèmes qui ne dépendent pas d'autres personnes. Cela signifie qu'une seule personne peut prendre et mettre en œuvre les décisions nécessaires pour remédier au problème. La résolution individuelle de problèmes exige habituellement peu de temps et de données. Elle est aussi la moins complexe du point de vue méthodologique. Cette approche est utilisée dans des organisations où chaque agent reconnaît l'objectif général de la prestation de services de qualité et agit en conséquence lorsque se manifestent des besoins auxquels il est en mesure de faire face par lui-même.

Les organisations et les gens qui connaissent le processus d'AmQ peuvent utiliser cette méthode rapidement et à peu de frais pour répondre à des besoins d'amélioration mineurs. Par exemple, une infirmière qui s'occupe régulièrement des vaccins remarque que le réfrigérateur servant au stockage est plein. Pour pouvoir y mettre un plus grand nombre de fioles, l'infirmière prend l'initiative de réorganiser le réfrigérateur (Programme d'Information en matière de Population 1998). Ce changement mineur est important car il permet de réfrigérer un plus grand nombre de fioles. Étant donné qu'elle n'affectera pas les activités d'autres personnes et que, probablement, elle ne se heurtera pas à des résistances face au changement, l'approche de résolution individuelle de problèmes est appropriée.

La *résolution rapide de problèmes en équipe* est une approche dans laquelle on teste – et on met en œuvre éventuellement – une série de petits changements progressifs à l’intérieur d’un système pour obtenir des améliorations au niveau de la qualité. Cette approche nécessite de nombreux tests – de petite ou de moyenne ampleur – sur des changements particuliers dans des systèmes semblables<sup>3</sup>. À l’instar de la résolution individuelle de problèmes, cette approche pourrait être appliquée dans n’importe quel contexte ou dans n’importe quelles circonstances, bien qu’elle exige généralement des équipes qu’elles aient une certaine expérience de la résolution de problèmes et/ou qu’elles trouvent un tuteur qui les aide à mettre en œuvre rapidement cette stratégie. Cette approche de l’amélioration de la qualité nécessite moins de temps et de ressources que les deux approches suivantes car elle se base pour l’essentiel sur les données existantes et l’institution du groupe, ce qui minimise les longues démarches de collecte de données. Les équipes sont ad hoc (temporaires) et elles se dissolvent lorsque le niveau d’amélioration désiré a été atteint.

La *résolution systématique de problèmes en équipe* est souvent utilisée pour des problèmes complexes ou récurrents qui nécessitent une analyse détaillée. Elle se traduit souvent par des changements majeurs dans un système ou dans un processus. La composante majeure de cette approche est une étude détaillée des causes du problème, suivie de l’élaboration de solutions idoines. Cette analyse dé-

taillée implique souvent la collecte de données et elle nécessite donc souvent beaucoup de temps et de ressources. Alors que la résolution systématique de problèmes en équipe peut être utilisée dans n’importe quel contexte, du fait de sa nature approfondie, elle est particulièrement adaptée aux situations où une équipe travaille ensemble pendant un certain temps, mais se dissout habituellement une fois que des objectifs d’amélioration suffisants ont été atteints.

L’*amélioration des processus* est la plus complexe des quatre approches étant donné qu’elle exige une équipe permanente qui recueille, suit et analyse en continu des données pour améliorer progressivement un processus majeur dans le temps. En conséquence, l’amélioration des processus est appliquée généralement dans des organisations où des ressources permanentes sont affectées à l’amélioration de la qualité. Cette équipe peut utiliser n’importe laquelle des trois autres approches d’AmQ, par exemple en formant des équipes ad hoc pour résoudre des problèmes particuliers. Cette approche est souvent utilisée pour assurer la qualité de services importants dans un établissement de santé ou une organisation. Du fait que cette approche est souvent utilisée pour des processus fondamentaux d’un système, diverses parties concernées contribuent à l’étape d’analyse.

Le *Tableau 3.1* résume les différences entre les approches d’AmQ.

**Tableau 3.1 Comparaison entre les diverses approches d’AmQ**

	<b>Résolution individuelle de problèmes (Approche A)</b>	<b>Résolution rapide de problèmes en équipe (Approche B)</b>	<b>Résolution systématique de problèmes (Approche C)</b>	<b>Amélioration des processus (Approche D)</b>
<b>Quand utiliser cette approche ?</b>	Lorsque vous savez que le problème ne dépend que d’une seule personne	Lorsque l’équipe a besoin de résultats rapides et qu’elle a beaucoup d’idées intuitives	Lorsque le problème est complexe ou récurrent et qu’il exige une analyse	Lorsqu’un processus ou un système majeur exige un suivi régulier ou une amélioration continue
<b>Équipe</b>	Pas nécessaire	Ad hoc	Ad hoc	Permanente
<b>Données</b>	Pratiquement aucune	Peut réussir avec peu de données	Données nécessaires pour comprendre les causes du problème	Données d’un suivi continu; peut exiger des données complémentaires
<b>Temps</b>	Rapide	Rapide	Se limite au temps nécessaire	En continu

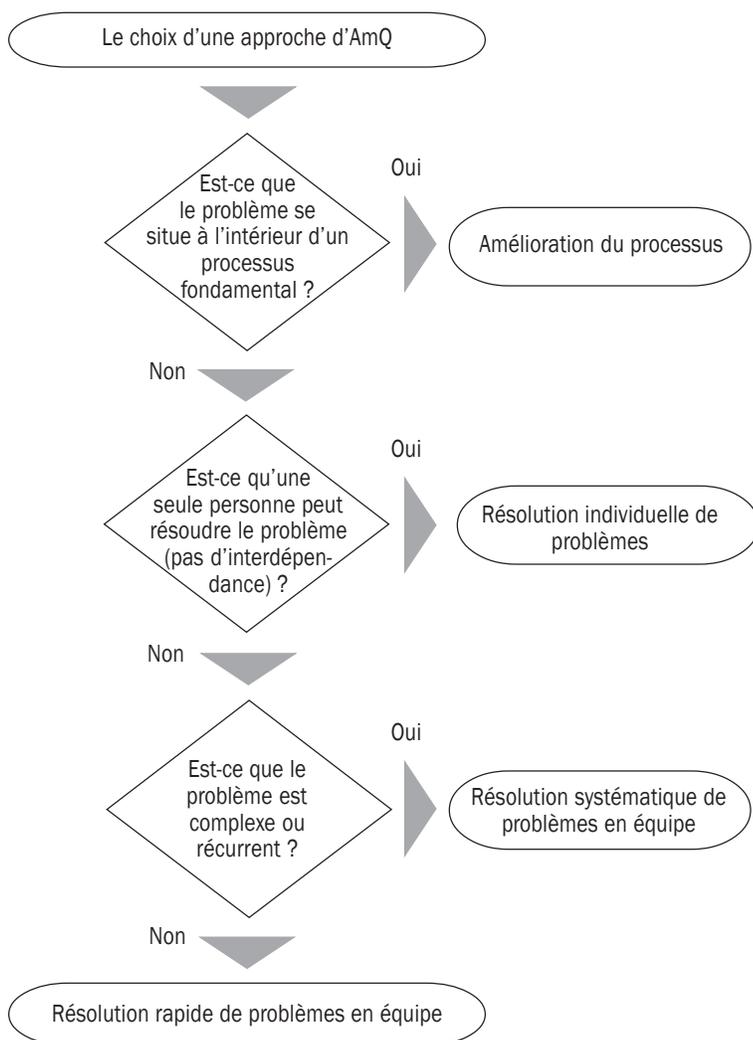
<sup>3</sup> On trouvera un autre exemple de modèle d’amélioration rapide dans Langley et al. (1996, p. 295).

---

---

**Le choix d'une approche d'AmQ :** Une fois qu'un problème a été identifié à des fins d'amélioration, l'étape suivante consiste à identifier l'approche d'AmQ qui sera la mieux adaptée au problème. Des critères tels que le problème existant au sein d'un processus fondamental, l'interdépendance avec d'autres personnes ou le fait que le problème soit complexe ou récurrent, peuvent aider à déterminer qu'elle approche d'AmQ conviendrait le mieux (Figure 3.2).

**Figure 3.2 Le choix d'une approche d'AmQ**

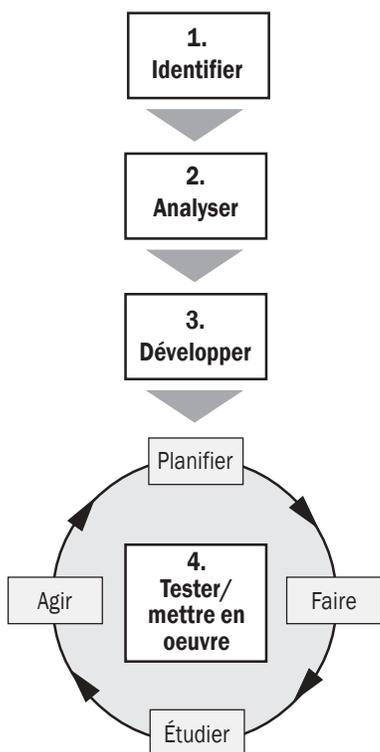




# 4 Démarche Générale de l'Amélioration de la Qualité

La démarche d'amélioration de la Qualité (AmQ) peut être décrite selon 4 étapes génériques. Les quatre étapes sont définies dans la Figure 1.

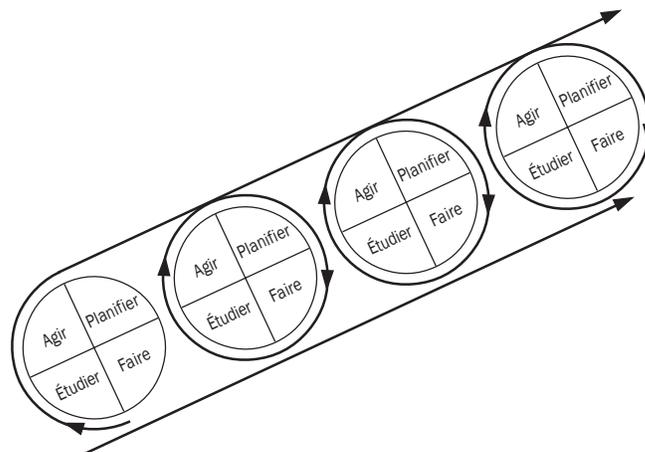
**Figure 4.1 Les quatre étapes pour l'Amélioration de la Qualité**



1. Identifier	Déterminer ce que l'on doit améliorer
2. Analyser	Comprendre le problème et le système de soins
3. Développer	Faire des hypothèses concernant les changements qui permettraient de remédier au problème (solutions)
4. Tester/ mettre en œuvre	Tester les solutions envisagées pour identifier celles qui apportent des améliorations; en fonction des résultats, décider s'il faut abandonner, modifier ou mettre en œuvre la solution

L'AQ ne se limite pas à l'exécution de ces quatre étapes. Il s'agit plutôt de rechercher en permanence des moyens d'améliorer davantage la qualité. Une fois que des progrès ont été obtenus au niveau de la qualité, les équipes peuvent poursuivre leurs efforts en vue d'autres améliorations concernant le même problème et/ou elles peuvent exploiter d'autres opportunités d'améliorations qui ont été identifiées. Ce concept (Figure 4.2), fréquemment appelé «amélioration continue de la qualité», encourage les équipes à œuvrer pour parvenir à des niveaux jamais atteints pour la qualité des soins.

**Figure 4.2 Amélioration continue de la qualité**



L'application de ces 4 étapes génériques aux situations les plus couramment rencontrées est source de différences dans la dynamique et l'ampleur des changements, ce qui se traduit par l'identification de 4 méthodes distinctes :

- ◆ La résolution individuelle de problèmes
- ◆ La résolution rapide de problèmes en équipe
- ◆ La résolution systématique de problèmes en équipe
- ◆ L'amélioration des processus

---

---

## 4.1. Première étape: Identifier

Le but de la première étape, *identifier*, est de déterminer ce qu'il y a lieu d'améliorer. Il peut s'agir d'un problème qui a besoin d'être résolu, d'une opportunité d'amélioration qu'il faut définir, d'un processus ou encore d'un système qui a besoin d'être amélioré. Le *Tableau 4.1* donne des exemples de problèmes ou de processus régulièrement identifiés et des aspects de la qualité qui sont susceptibles d'être affectés.

Cette première étape implique que l'on reconnaisse une opportunité d'amélioration et que l'on fixe un but en vue d'une amélioration. L'AmQ commence lorsqu'on se pose les questions suivantes:

- ◆ Quel est le problème?
- ◆ Comment savez-vous qu'il y a un problème?
- ◆ Quelle en est la fréquence, et/ou depuis combien de temps existe-t-il?
- ◆ Quels sont les effets du problème?
- ◆ Comment saurez-vous qu'il a été réglé?

Il n'est pas toujours nécessaire de formuler un *énoncé de problème* mais cela aide à préciser et à faire connaître les points à améliorer. Un énoncé de problème est une description concise d'un processus qui a besoin d'être amélioré, de ses limites et du sujet de préoccupation général

**Tableau 4.1 Problèmes courants/Aspects de la qualité**

Problèmes courants ou processus identifiés	Aspects de la qualité affectés par le problème ou le processus identifié
Médicaments non disponibles	Efficacité des soins, accès aux services, continuité des services
Comptes rendus de laboratoire perdus	Efficacité de la prestation de services, continuité des services
Prescription excessive ou incorrecte d'antibiotiques	Performance technique, efficacité des soins, efficacité de la prestation de services, sûreté
Temps d'attente excessif	Accès aux services, relations interpersonnelles, efficacité de la prestation de services
Mauvaise interaction patient-prestataire	Performance technique, efficacité des soins, accès aux services, continuité des services, relations interpersonnelles
Absence de transports d'urgence	Efficacité des soins, sûreté, accès aux services, continuité des services

par où l'AmQ devrait commencer, et des raisons pour lesquelles le travail d'amélioration est prioritaire. En établissant un énoncé de problème, il est important d'éviter de faire une liste de causes ou de solutions potentielles, mais il faut par contre se concentrer sur la description du problème. Il est également important de noter que les énoncés de problèmes doivent être soigneusement conçus de sorte à ne pas montrer du doigt une personne ou un service particulier. Le blâme fait non seulement des suppositions quant à la cause d'un problème mais tient également à

---

---

### *Exemple de cas: Énoncé de problème (Niger)*

Dans les régions qui n'ont pas l'électricité, les réfrigérateurs fonctionnent au moyen de bouteilles de gaz qui doivent être régulièrement rechargées. Des lacunes au niveau des transports et du rechargement des bouteilles perturbent la réfrigération des vaccins. Les agents de santé ont rédigé l'énoncé de problème suivant pour identifier le problème et pour y remédier:

*«Les interruptions dans l'approvisionnement en butane des centres de santé du district sont devenues de plus en plus fréquentes et elles durent de plus en plus longtemps. Une amélioration de cette situation réduirait le nombre d'interruptions de la chaîne du froid.»*

---

---

### *Exemple de cas: La formulation d'un énoncé de problème*

L'énoncé de problème suivant a été modifié pour éviter des reproches ou des suppositions concernant les causes:

*Première version:* Les femmes enceintes doivent attendre longtemps parce que les sages-femmes prennent des pauses-thé qui sont trop longues. Cela décourage les femmes de venir pour des soins prénatals.

*Version finale:* On a constaté que les femmes enceintes devaient attendre parfois jusqu'à trois heures. On a déterminé que c'était l'une des raisons pour lesquelles les femmes ne respectent pas les quatre visites prénatales souhaitables avant l'accouchement.

Source: Miller Franco et al. 1997

---

---

---

---

l'écart de la conception et de la mise en œuvre de solutions des personnes ayant un rôle clé à jouer. Les exemples de cas d'énoncés de problèmes illustrent la manière dont ils peuvent être formulés pour décrire simplement le problème identifié.

Les problèmes sont identifiés de diverses façons. Un événement défavorable ou la plainte d'un consommateur peuvent attirer l'attention sur un décalage entre les attentes des clients et les services qui sont effectivement fournis. Dans d'autres cas, les organisations peuvent intentionnellement évaluer la qualité par un suivi constant, des statistiques de service et/ou la planification et la priorisation. Les programmes politiques ou professionnels peuvent également susciter un intérêt pour l'AmQ. La volonté d'amélioration est différente dans chaque situation, de même que la quantité de données sur laquelle s'appuie la décision.

Parfois les problèmes sont intuitifs ou évidents et on peut s'y attaquer sans avoir à collecter des données ou des informations supplémentaires. Les approches de Résolution individuelle de problèmes et de Résolution rapide de problèmes en équipe identifient souvent des problèmes

---

---

*Exemple de cas: Identification d'un problème à l'occasion d'un événement négatif (Zambie)*

Une équipe d'assurance qualité d'un hôpital zambien avait remarqué une pénurie de médicaments pour le traitement des infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de cinq ans.

**Quel est le problème?** Il existe une pénurie de médicaments pour le traitement des IRA chez les enfants de moins de cinq ans.

**Comment savez-vous qu'il y a un problème?** Il ne reste plus de médicaments lorsqu'arrive la troisième semaine du mois.

**Quelle est la fréquence du problème?** La pénurie se produit tous les mois depuis neuf mois.

**Quels sont les effets du problème?** Les patients développent des complications et il faut de plus en plus souvent les orienter vers des établissements du premier degré.

**Comment saurez-vous que le problème a été réglé?** Le problème sera réglé lorsque les médicaments pour les IRA dureront jusqu'à la fin du mois.

---

---

sur la base de données existantes, de l'observation et d'intuitions. En conséquence, ces approches tendent à exiger moins de temps et de ressources. La Résolution systématique de problèmes en équipe et l'Amélioration des processus exige une analyse plus poussée du problème, ce qui implique donc la collecte de données et un travail en équipe. Bien que le processus d'identification varie selon l'approche qui convient, cette étape reste essentielle pour toutes les approches afin de définir le problème ou les opportunités d'amélioration.

## 4.2 Deuxième étape: Analyser

Une fois qu'un problème ou qu'une opportunité d'amélioration a été identifiée, la deuxième étape analyse ce qu'il faut savoir ou comprendre avant d'envisager des changements. Les objectifs de l'analyse peuvent être une quelconque combinaison des éléments suivants:

- ◆ Comprendre pourquoi le processus ou le système engendre l'effet que nous cherchons à remédier

---

---

*Exemple de cas: Identification d'un problème par un suivi constant (Niger)*

Une équipe d'assurance de la qualité d'un centre de santé a passé en revue les données relatives aux vaccinations et a mis en évidence des taux de vaccination faibles contre la rougeole.

**Quel est le problème?** La couverture pour la vaccination contre la rougeole (enfants de 0-11 mois) est faible.

**Comment savez-vous qu'il y a un problème?** Les données relatives à la vaccination pour l'année précédente ont révélé que le taux de vaccination était faible.

**Quelle est la fréquence du problème?** Environ 8 enfants sur 10 (0-11 mois) n'ont pas été vaccinés contre la rougeole.

**Quels sont les effets du problème?** Il y a des épidémies de rougeole qui entraînent des souffrances pour les enfants.

**Comment saurez-vous que le problème a été réglé?** Quand il y aura une couverture plus importante de la vaccination contre la rougeole chez les enfants.

---

---

- ◆ Mesurer les performances du processus ou du système qui engendre cet effet
- ◆ Formuler des questions de recherche, par exemple:
  - Qui est impliqué ou qui est affecté?
  - Où se produit le problème?
  - Quand se produit le problème?
  - Que se passe-t-il lorsque le problème se produit?
  - Pourquoi le problème se produit-il?
- ◆ S'informer au sujet des clients internes et externes, par exemple en ce qui concerne leur participation au processus analysé, et leurs besoins et opinions par rapport au problème.

Pour atteindre ces objectifs, l'étape de l'analyse utilise les données existantes ou nécessite la collecte de données. La mesure dans laquelle les données sont utilisées dépend de l'approche d'AmQ qui a été retenue. Les données sont une part importante de l'analyse du problème puisqu'elles aident à :

- ◆ Documenter le problème
- ◆ Crédibiliser le besoin d'amélioration
- ◆ Identifier les solutions possibles

Parmi les techniques d'analyse des problèmes, on peut citer:

- ◆ Une meilleure compréhension des processus grâce à des organigrammes et des analyses cause-effet
- ◆ L'examen des données existantes
- ◆ La collecte de données complémentaires

Les données peuvent également être utilisées pour effectuer une *analyse des causes premières* d'un problème pour découvrir les causes à l'origine du problème. Cette analyse en profondeur est utile lorsque les causes d'un problème complexe et/ou récurrent sont peu claires ou exigent une définition plus poussée. Une cause première est définie par les critères suivants (IHI 1995):

- ◆ Directement et économiquement contrôlable
- ◆ Elle constitue une partie fixe du domaine à améliorer (ou problème à résoudre)
- ◆ Si la cause première est éliminée, le problème est considérablement réduit

Les causes possibles sont d'abord identifiées par des outils tels que les diagrammes de cause-effet et elles sont ensuite passées en revue pour déterminer celles qui sont le plus

vraisemblablement à l'origine du problème. Les causes sont alors retenues ou exclues comme causes premières par une analyse plus poussée. Si les ressources et le temps le permettent, la collecte de données peut servir à réduire la liste des causes supposées ainsi qu'à tester et quantifier les causes les plus vraisemblables du problème. L'intuition et le consensus au sein de l'équipe sont également précieux pour déterminer les causes premières, notamment lorsque le temps et les ressources sont limités.

Bien qu'une analyse des causes premières puisse se faire dans le cadre de l'analyse des problèmes de toute approche d'amélioration de la qualité, elle est surtout utilisée par les équipes de Résolution systématique de problèmes en équipe, qui s'attaquent à des problèmes complexes et récurrents, dont les causes sont mal définies.

Tout comme l'étape de l'identification, celle de l'analyse est un élément essentiel de chaque approche mais sa profondeur varie selon l'approche de l'AmQ qui est utilisée. La Résolution individuelle de problèmes pourrait se baser sur l'analyse d'un problème par une seule personne ou une seule institution et elle n'exige pas habituellement de données supplémentaires exhaustives afin de comprendre le problème. La Résolution rapide de problèmes en équipe utilise autant de données existantes que possible pour analyser le problème, ce qui économise temps et argent puisque l'on n'a à collecter qu'un minimum de données supplémentaires. La Résolution systématique de problèmes en équipe utilise les données existantes et la collecte de données pour effectuer une analyse en profondeur du problème et elle exige souvent beaucoup de temps et d'argent. Enfin, l'Amélioration des processus exige une connaissance détaillée du domaine identifié pour des améliorations et nécessite la collecte constante de données pour suivre le processus dans la durée.

### 4.3 Troisième étape: Développer

Les deux premières étapes nous ont aidé à (a) identifier ce que nous voulons améliorer et (b) à analyser les informations à comprendre pour apporter des améliorations. La troisième étape qui consiste à «développer», utilise l'information des étapes précédentes pour s'interroger sur les changements qui apporteront des améliorations. La réponse fournit une *hypothèse* au sujet des changements qui résoudraient le problème et qui, à leur tour, amélioreraient la qualité des soins. Une hypothèse est une estimation brute de ce qui permettrait de résoudre le problème. Il est essentiel de se souvenir qu'à ce stade l'hypothèse reste une théorie puisqu'elle n'a pas été testée.

Les hypothèses sont élaborées d'un certain nombre de façons, suivant l'approche d'AmQ qui est utilisée. Si l'on

utilise la Résolution individuelle de problèmes, des individus appliquent des changements spécifiques mineurs dans le système. Ces petits changements affectent peu de gens et exigent moins de préparatifs et de temps. Cette méthode n'exige généralement pas des équipes ou des experts extérieurs pour la mise au point des solutions proposées.

Les trois autres approches exigent généralement la formulation d'hypothèses:

- ◆ La Résolution rapide de problèmes en équipe implique la formulation d'une série de petits changements qui seront testés les uns après les autres et qui seront éventuellement mis en œuvre.
- ◆ La Résolution systématique de problèmes en équipe formule des solutions axées sur les causes premières d'un problème et, de ce fait, les changements sont généralement importants.
- ◆ L'Amélioration des processus implique le suivi permanent et l'amélioration d'un processus clé et elle se trouve confrontée en conséquence à divers besoins d'amélioration dans le temps.

Les changements peuvent affecter différents processus et avoir un impact sur beaucoup de gens, et ils exigent donc une planification importante. Bien que le changement puisse se traduire par une amélioration de la qualité, les gens l'appréhendent souvent et ils y résistent, surtout s'ils n'ont pas participé à son élaboration. Les changements à ce niveau demandent donc du temps des membres de l'organisation, afin qu'ils s'habituent aux nouvelles idées et qu'ils apprennent les nouvelles méthodes. La résistance au changement peut être évitée en faisant participer le groupe et en prévoyant des délais d'ajustement.

#### 4.4 Quatrième étape: Tester et mettre en œuvre

Cette étape de l'amélioration de la qualité met à profit les étapes précédentes, lors desquelles un domaine à améliorer a été identifié, analysé, puis des interventions hypothétiques<sup>4</sup> ou des solutions ont été appliquées. Cette dernière étape du processus teste les hypothèses pour voir si l'intervention proposée apporte les améliorations escomptées. Il est important de se souvenir que les changements importants devraient être testés de manière exhaustive et modifiés de façon à réduire le risque que l'intervention ne marche pas, ou que les interventions ne donnent pas immédiatement des résultats, même si elles sont efficaces.

<sup>4</sup> Le terme «intervention» désigne tout changement, dans le système ou le processus existant, qui produirait vraisemblablement une amélioration.

<sup>5</sup> Pour un autre exemple de ce modèle d'Amélioration rapide, voir Langley et al. (1996, p. 295).

Il est important, dans le processus d'essai, de prévoir du temps pour que les changements puissent se produire. Les résultats de ce test déterminent l'étape suivante comme le montre le *Tableau 4.2*.

**Tableau 4.2 Les résultats du test déterminent l'étape suivante**

Résultats du test	Etape suivante
Le changement proposé n'a pas engendré d'amélioration.	Recommencer le processus d'amélioration ou rechercher les failles dans le changement proposé.
Le changement proposé engendre une amélioration qui n'est pas entièrement satisfaisante.	Modifier le changement proposé et tester à nouveau la modification.
Le changement proposé engendre une amélioration satisfaisante.	Commencer la mise en œuvre du changement ou de l'intervention.

Chaque méthode d'AmQ exige des niveaux différents d'intensité pour les tests avant la mise en œuvre. La Résolution individuelle de problèmes ne demande pas de tests exhaustifs avant la mise en œuvre. Si le changement est suffisamment restreint pour justifier l'utilisation de cette approche, le décideur peut essayer le changement et le modifier si nécessaire.

Étant donné que la Résolution rapide de problèmes en équipe s'accompagne de nombreux tests, de petite ou de moyenne ampleur, de changements individuels dans des systèmes semblables, il y a moins de risques que dans les approches d'AmQ dans lesquelles on ne procède qu'à un seul test de grande ampleur pour tous les changements<sup>5</sup>. Les membres d'un groupe pour la Résolution rapide de problèmes en équipe mettent à profit les connaissances qui ont été apportées par ces tests multiples.

Parce que la résolution systématique de problèmes en équipe pose et teste souvent des théories concernant les causes sous-jacentes des problèmes, elle comporte des essais importants et la modification d'une intervention proposée.

Enfin, l'Amélioration des processus apporte des changements dans un processus clé de la prestation de soins et peut impliquer le recours à n'importe laquelle des approches d'amélioration de la qualité.

#### 4.4.1 Le cycle de l'apprentissage et de l'amélioration

La méthode scientifique implique généralement la planification d'un test, la réalisation du test et l'étude des résultats. La gestion de la qualité a toutefois élargi la méthode scientifique pour que des mesures soient prises en fonction de ce qui a été appris: essentiellement Planifier, Faire, Étudier, Agir (PFEA). PFEA, également appelé le Cycle de Shewhart pour l'apprentissage et l'amélioration (Shewhart 1931), est un processus en quatre étapes qui est compris dans l'étape des essais et de la mise en œuvre de chaque approche d'AmQ. Ce cycle est expliqué au *Tableau 4.3*.

Le cycle de PFEA (représenté graphiquement à la Figure 4.3) permet une amélioration continue de la qualité au fur et à mesure que des hypothèses sont régulièrement créées, testées, révisées, mises en œuvre et adaptées de manière plus poussée. Ce processus continu nous permet de faire des changements constants et d'acquiescer une compréhension plus approfondie des besoins d'amélioration de l'organisation et des solutions. Le cycle PFEA pour l'apprentissage et l'amélioration s'applique à chacune des quatre méthodes de l'AmQ

Les outils qui aident les équipes dans le déroulement des étapes d'AmQ sont présentés au *Tableau 4.4*. La dernière partie de ce document donne une vue générale de certains outils d'AmQ et d'autres éléments essentiels de l'AmQ.

En résumé, le processus en quatre étapes de l'AmQ est important pour toutes les approches d'AmQ.

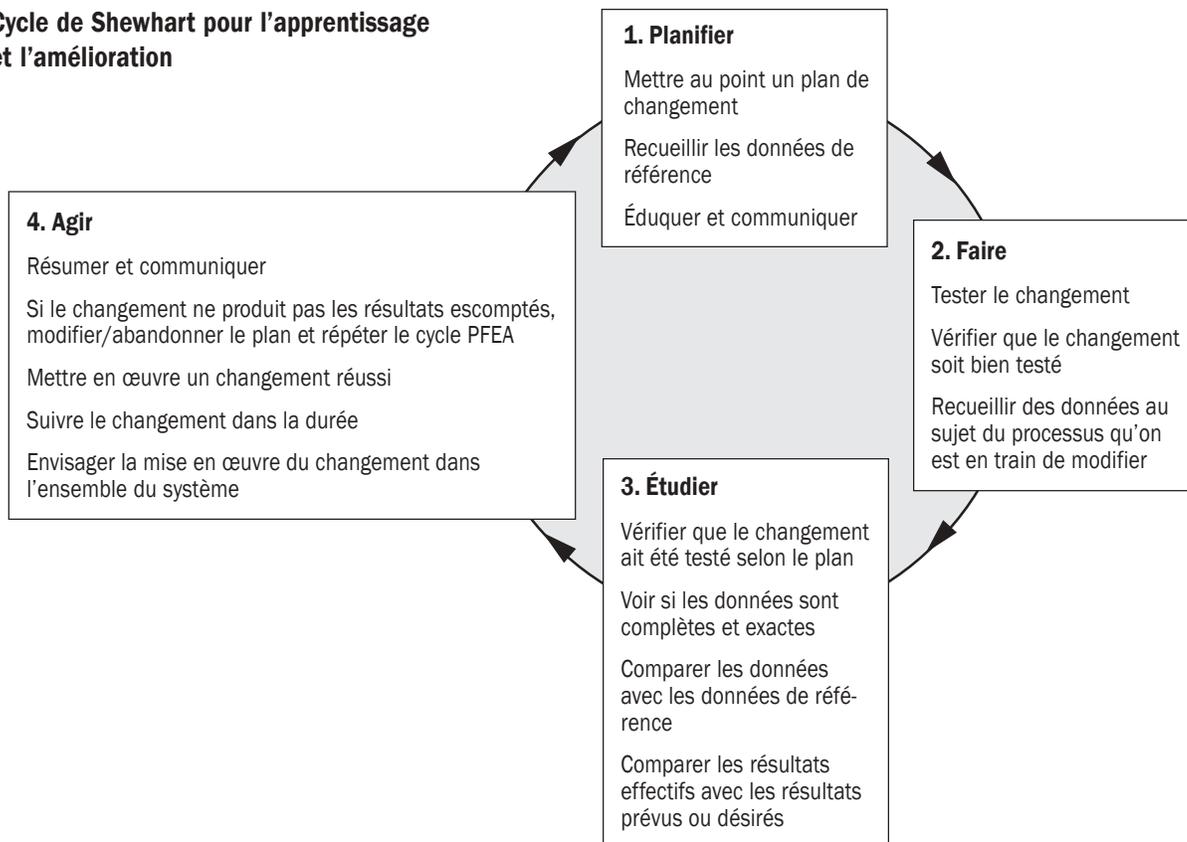
- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. Identifier                | Déterminer ce qu'il faut améliorer  |
| 2. Analyser                  | Comprendre ce qu'il faut savoir ou comprendre au sujet du problème afin d'apporter des améliorations                              |
| 3. Élaborer                  | Utiliser l'information accumulée au cours de l'étape précédente, pour déterminer quels changements engendreront des améliorations |
| 4. Tester et mettre en œuvre | Vérifier pour voir si l'intervention ou la solution qui a été proposée a produit l'amélioration escomptée                         |

Le *Tableau 4.5* compare les situations les plus courantes pour l'application des 4 étapes génériques.

**Tableau 4.3 Planifier, Faire, Étudier, Agir**

<b>Planifier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Élaborer un plan de changement portant sur les points suivants:<ul style="list-style-type: none"><li><i>Quels changements se produiront et pourquoi?</i></li><li><i>Qui est responsable de l'exécution du changement?</i></li><li><i>Quand et comment se produiront les changements?</i></li></ul></li><li>◆ Recueillir des données de référence pour mesurer les effets du changement. Suivre les effets du changement par un système de collecte de données.</li><li>◆ Éduquer et communiquer: Informer les gens au sujet du test du changement; inclure les gens impliqués dans le changement et s'assurer qu'ils acceptent le changement.</li></ul>
<b>Faire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Tester le changement</li><li>◆ Vérifier que le changement soit testé conformément au plan</li><li>◆ Recueillir des données au sujet du processus qui est en passe d'être modifié<ul style="list-style-type: none"><li><i>Vérifier que les données soient complètes</i></li><li><i>Documenter tous les changements qui n'étaient pas compris dans le plan initial</i></li></ul></li></ul>
<b>Étudier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Vérifier que le changement soit testé selon le plan</li><li>◆ Voir si les données sont complètes et exactes</li><li>◆ Comparer les données avec les informations de référence pour déterminer si une amélioration s'est produite</li><li>◆ Comparer les résultats réels avec les résultats prédits ou désirés</li></ul>
<b>Agir</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Résumer et communiquer les enseignements tirés des étapes précédentes</li><li>◆ Si le changement ne produit pas les effets désirés, modifier ou abandonner le plan et répéter le cycle de PFEA si nécessaire</li><li>◆ Mettre en œuvre le changement comme procédure standard si ses potentialités ont été prouvées</li><li>◆ Suivre le changement dans le temps pour vérifier s'il y a des améliorations et des problèmes</li><li>◆ Envisager d'appliquer le changement à l'ensemble du système (par opposition à un essai du changement à petite échelle)</li></ul>

**Figure 4.3 Cycle de Shewhart pour l'apprentissage et l'amélioration**



**Tableau 4.4 Matrice des outils d'AmQ et d'autres éléments essentiels en rapport avec l'AmQ**

	Étape 1 Identifier	Étape 2 Analyser	Étape 3 Élaborer	Étape 4 Tester et mettre en œuvre		Étape 1 Identifier	Étape 2 Analyser	Étape 3 Élaborer	Étape 4 Tester et mettre en œuvre
<b>Outils</b>					<b>Outils</b>				
Collecte de données	X	X	X	X	Outils statistiques et de présentation des données:				
Brainstorming	X	X	X		Diagrammes à secteur et en bâtons	X	X		X
Analyse des affinités	X	X	X		Graphique de fréquence-temps	X	X		X
Techniques créatives de réflexion	X		X		Graphique de contrôle	X	X	X	X
Outils de priorisation:					Histogrammes		X		X
Vote					Diagrammes de dispersion		X		X
Matrices de priorisation	X	X	X		Courbe de Pareto	X	X		X
Prise de décision experte	X	X	X	X	Fenêtre du client	X		X	
Modélisation de systèmes	X	X		X	Benchmarking	X		X	
Organigrammes	X	X	X	X	Graphique de Gantt		X <sup>6</sup>		X
Analyse cause-effet		X			Etudes de cas de l'assurance qualité	X	X	X	X
Analyse des champs de forces				X					

<sup>6</sup> Les graphiques de Gantt peuvent être utiles durant l'étape d'analyse pour la préparation de la collecte de données.

**Tableau 4.5 Une comparaison entre les diverses approches d'amélioration de la qualité pour chaque étape**

	<b>Résolution individuelle de problèmes</b>	<b>Résolution rapide de problèmes en équipe</b>	<b>Résolution systématique de problèmes en équipe</b>	<b>Amélioration des processus</b>
<b>Identifier</b>	Prise de décision individuelle pour un petit problème qui n'est pas lié à d'autres problèmes	Une équipe ad hoc identifie un problème évident sur la base de l'intuition, de l'observation et des données existantes	Une équipe ad hoc se penche sur un problème complexe et récurrent	Une équipe permanente se penche sur un processus ou une question de base dans le contexte d'un vaste processus ou d'un système
<b>Analyser</b>	Fait appel à une analyse individuelle, utilisant les données existantes, l'observation et l'intuition	Exige généralement un minimum d'analyse utilisant essentiellement les données existantes et l'intuition du groupe	L'équipe examine le problème pour essayer d'en identifier les causes premières; on utilise les données existantes et/ou la collecte de données	Exige une connaissance détaillée du processus à partir de la collecte régulière de données et du suivi
<b>Élaborer</b>	Le changement est habituellement mineur et il n'est pas lié à d'autres	Une série de petits changements	Généralement un grand changement qui s'attaque à la cause première du problème	Un changement dans un processus clé
<b>Tester et mettre en œuvre</b>	Approche "essais et erreurs" pour le test	De nombreux essais de dimension petite à moyenne dans des systèmes semblables	Exige généralement des tests exhaustifs avant la mise en œuvre	Dépend de l'approche utilisée et de l'ampleur du changement; des équipes permanentes continuent de suivre et d'améliorer le processus

# 5 Approche A : La résolution individuelle de problèmes

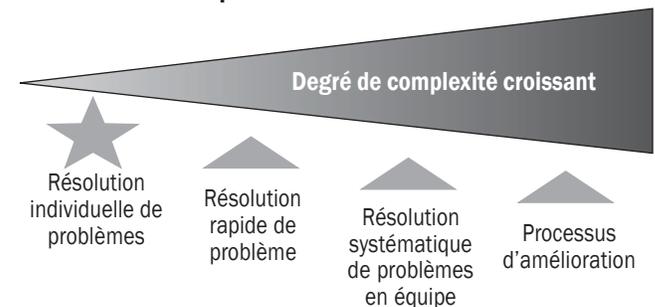
**S**UR l'échelle de complexité et d'investissements en ressources, la résolution individuelle de problèmes (Figure 5.1) est souvent la plus rapide des quatre approches d'amélioration de la qualité. Cette approche est différente des trois autres puisqu'il ne s'agit pas d'une approche en équipe et que les décisions sont prises à titre individuel. Cette approche convient lorsque la question à résoudre est indépendante. En d'autres termes, l'unique personne dont dépend le changement peut effectuer ce changement sans affecter les processus qui échappent à sa compréhension et à son contrôle. L'approche de la résolution individuelle de problèmes est axée sur les besoins d'amélioration qui sont apparents et qui n'exigent pas de travail en équipe pour analyser, élaborer, tester ou mettre en œuvre une solution. Cette approche est donc généralement plus rapide que les autres. Toutefois, elle n'est pas nécessairement rapide. En effet, les personnes qui résolvent le problème à titre individuel peuvent utiliser un nombre important d'outils d'amélioration de la qualité et mettre en œuvre la solution du problème de manière progressive si nécessaire.

La résolution individuelle de problèmes donne de bons résultats dans les organisations où chacun comprend sa contribution au but suprême de la qualité des soins et est habilité à prendre les décisions nécessaires dans le cadre de ses attributions. En bref, la résolution individuelle de problèmes part du principe que la qualité est la responsabilité de chacun.

La résolution individuelle de problèmes peut convenir lorsque le besoin d'amélioration se fait sentir dans certaines, ou la totalité, des circonstances suivantes :

- ◆ Le problème est indépendant
- ◆ Le problème est apparent
- ◆ Le problème nécessite une réponse rapide
- ◆ Une seule personne suffit pour obtenir des améliorations

**Figure 5.1 La gamme des approches d'amélioration de la qualité**



## 5.1 Étape 1 : Identifier

L'approche individuelle de résolution de problèmes convient lorsqu'une personne identifie et effectue à titre individuel de petits changements afin de résoudre un problème qui est apparent et/ou qui doit être réglé immédiatement. Une fois qu'on a noté qu'il existe un hiatus entre la situation réelle et la situation idéale, la personne qui règle le problème poursuit son investigation pour confirmer que le problème existe effectivement. Étant donné que le problème et la solution sont évidents, il n'y a pas lieu généralement d'utiliser des outils pour identifier les problèmes mais il n'est pas exclu qu'on utilise certains de ces outils si les circonstances le nécessitent. La personne qui perçoit le problème se chargera de le résoudre.

## 5.2 Étape 2 : Analyser

L'étape d'analyse de la résolution individuelle de problèmes peut s'appuyer sur une intuition, des observations, l'expérience antérieure du décideur, et/ou l'analyse des données existantes. Sur la base de ces connaissances, la personne réfléchit à ce qu'il lui faudra savoir pour remédier au problème. Bien que le problème soit apparent, il arrive de temps à autre qu'il faille procéder à une brève investigation ou qu'il faille consulter d'autres personnes. Les activités suivantes sont effectuées pour analyser le problème :

- ◆ Réfléchir aux causes possibles
- ◆ Confirmer l'information par le dialogue (si nécessaire) ou par des données facilement disponibles

### 5.3 Étape 3 : Élaborer

Le décideur, à ce stade, a identifié une situation à laquelle il faut remédier, et il a analysé les causes possibles du problème. L'étape de l'élaboration dans le cadre de la résolution individuelle de problèmes dégage des stratégies possibles pour résoudre le problème au moyen de solutions simples et évidentes. En fonction de l'analyse des causes possibles du problème, le décideur dresse une liste de solutions pour répondre à ce besoin (souvent mentalement). Selon la nature du problème, les activités suivantes étayent l'élaboration de solutions :

- ◆ Générer des solutions simples, évidentes et réalisables
- ◆ Valider les solutions par un dialogue (le cas échéant) ou au moyen de données facilement disponibles, pour s'assurer que la solution n'aura pas d'incidence négative sur le travail des autres

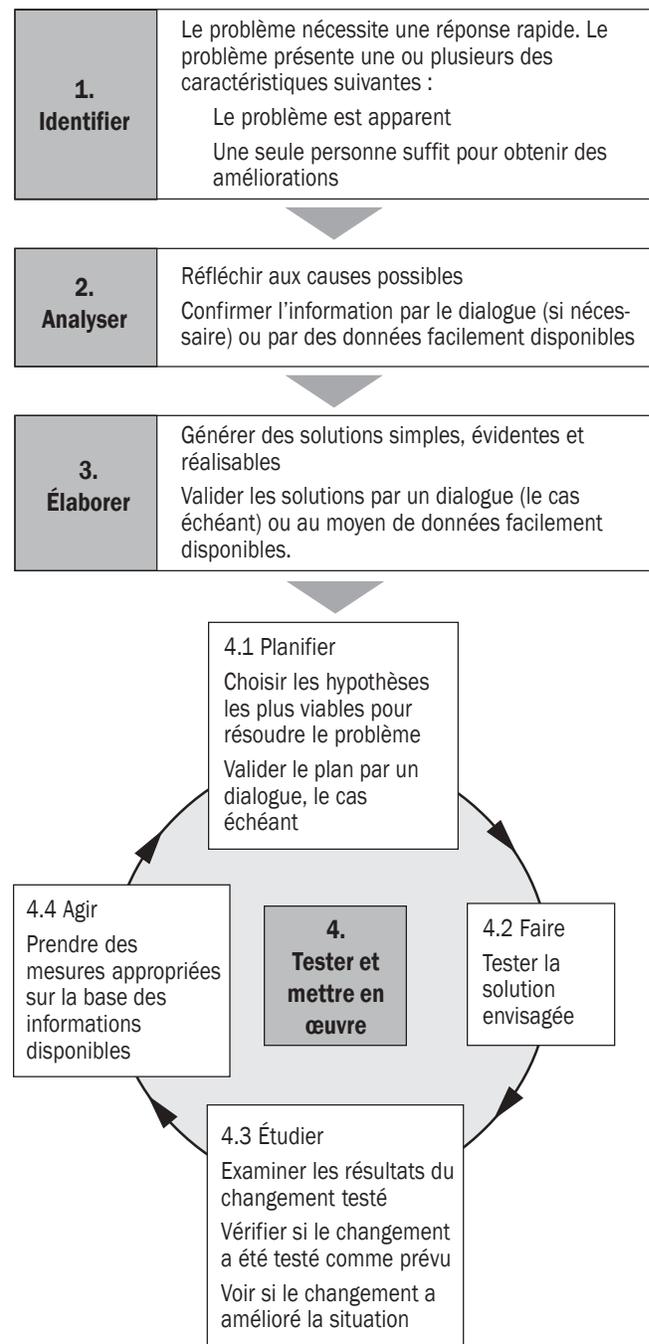
### 5.4 Étape 4 : Tester et mettre en œuvre

L'étape précédente avait formulé ce qui semblait être la solution la plus viable et la plus facilement réalisable pour aborder le problème. Comme pour les trois autres approches, les solutions possibles doivent être testées pour vérifier leur efficacité avant qu'on puisse confirmer leur réussite. Cette approche teste chaque solution séparément. Les interventions sont testées, modifiées puis testées à nouveau jusqu'à ce que le problème soit réglé. Bien que les solutions envisagées soient généralement évidentes et simples, les décideurs doivent quand même élaborer, tester et modifier les hypothèses en fonction des besoins.

Dans cette approche d'AmQ, le cycle « Planifier, Faire, Étudier, Agir » (PFEA) est, dans une large mesure, intuitif – conception et mise à l'essai de la solution – et il peut être bouclé rapidement pour résoudre le problème qui se pose. Néanmoins, le processus de réflexion qui sous-tend la mise à l'essai et l'application des solutions suit malgré tout le cycle PFEA et peut nécessiter un certain nombre de données et/ou un dialogue avec d'autres personnes (voir Tableau 5.1).

La résolution individuelle de problèmes est souvent une occasion de prendre des mesures pour que le problème ne se reproduise pas. Une fois que le problème immédiat a été réglé, la personne qui l'avait identifié peut former une équipe pour prévoir des mesures qui serviront à éviter la réapparition du problème. N'importe laquelle des autres approches d'AmQ peut être utilisée pour faire un suivi du problème.

**Figure 5.2 Résumé de l'approche de résolution individuelle de problèmes**



**Tableau 5.1 PFEA pour la résolution individuelle de problèmes**

<b>Planifier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Choisir les hypothèses les plus viables pour résoudre le problème</li> <li>◆ Valider le plan par un dialogue, le cas échéant</li> </ul>
<b>Faire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Tester la solution envisagée</li> </ul>
<b>Étudier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Vérifier si le changement a été testé comme prévu</li> <li>◆ Voir si le changement a amélioré la situation</li> </ul>
<b>Agir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Prendre des mesures appropriées sur la base des informations disponibles</li> <li>◆ L'intervention a-t-elle engendré une amélioration ?</li> <li>◆ Si tel est le cas, est-ce que l'amélioration est suffisante ?</li> <li>◆ Si l'intervention a réglé le problème, le processus d'amélioration pour ce problème s'achèvera peut-être ici. Souvent toutefois, c'est un bon point de départ pour entamer la préparation de mesures préventives pour éviter que le problème ne réapparaisse ultérieurement. La planification de la prévention fait appel à des approches d'amélioration de la qualité en équipe.</li> <li>◆ Si l'intervention a réussi mais n'a pas engendré l'amélioration escomptée, modifier l'intervention et refaire des essais</li> <li>◆ Si l'intervention a échoué, revenir à l' « Étape 3 : Élaborer » pour mettre au point et tester d'autres interventions</li> </ul>

## 5.5 Exemple de cas de résolution individuelle de problèmes

### Étape 1 : Identifier

Une réceptionniste dans un hôpital de district a remarqué qu'une patiente semblait ne pas savoir où aller pour son rendez-vous. La réceptionniste a demandé à la patiente si elle voulait qu'on l'aide et elle a découvert que la patiente s'était égarée alors qu'elle cherchait la salle des prises de sang.

### Étape 2 : Analyser

La réceptionniste a réfléchi au problème pendant un moment. Il y avait bien des panneaux dans l'hôpital pour diriger les patients, mais la réceptionniste s'est rendu compte que les patients ne savaient peut-être pas lire ou que les panneaux n'étaient peut-être pas clairs. Elle a reconnu que la patiente avait peut-être besoin qu'on l'aide à trouver la salle des prises de sang.

### Étape 3 : Élaborer

La réceptionniste a eu rapidement deux idées. D'abord, elle a pensé expliquer à la femme où elle devait se rendre, mais elle s'est rendu compte que la patiente se perdrait à nouveau. L'autre idée consistait à appeler quelqu'un qui puisse aider la patiente, mais la réceptionniste a pensé que cela pourrait prendre trop de temps. Enfin, elle a décidé que la meilleure solution était d'accompagner la patiente étant donné que la salle des prises de sang n'était pas loin et qu'une autre réceptionniste était au bureau.



Karen Askov 2001

### Étape 4 : Tester et mettre en œuvre

La réceptionniste a proposé à la femme de l'accompagner pour qu'elle ne se perde pas à nouveau. La patiente a été agréablement surprise de cette amabilité. Une fois arrivées à destination, la réceptionniste s'est assurée que c'était bien là que devait se rendre la patiente, puis elle a regagné son poste.

Étant donné qu'il n'est pas réaliste que la réceptionniste escorte tout le temps les patients vers les différents services de l'hôpital, la réceptionniste a décidé de former une équipe pour trouver une solution et pour éviter que le problème ne se reproduise. L'équipe a étudié le problème et a décidé d'attribuer une couleur à chaque service. Des lignes de couleurs correspondant à ce codage ont été peintes le long des murs pour guider les patients vers les différents services. Si les patients ne savaient pas lire ou s'ils se perdaient, il leur suffisait de suivre la ligne.



# 6 Approche B : Résolution rapide de problème en équipe

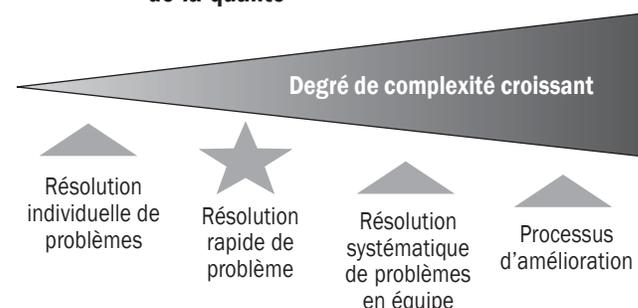
LA résolution rapide de problèmes en équipe est différente des autres approches d'équipe car elle peut s'effectuer rapidement, mais malgré tout au sein d'une équipe. Deux facteurs font que la résolution rapide de problèmes en équipe est la plus rapide des approches utilisant une équipe. Premièrement, elle adapte le processus de résolution de problèmes à la situation qui se présente et elle limite les activités au minimum nécessaire pour obtenir des améliorations. Étant donné que cette approche nécessite des décisions pour les seuls éléments essentiels, il est préférable que l'équipe soit aidée par quelqu'un maîtrisant bien cette technique. En effet, les équipes qui n'ont pas d'expérience en matière de résolution de problèmes ont besoin de tuteurs pour soutenir le processus d'apprentissage de l'application de cette approche. L'expérience ou l'assistance en matière de résolution de problèmes permet aux équipes de compléter rapidement les étapes de l'amélioration. Deuxièmement, la résolution rapide de problèmes en équipe exploite au maximum les données disponibles et s'efforce de minimiser la collecte de nouvelles données.

Un autre aspect qui distingue cette approche des autres est qu'elle comporte l'introduction progressive de petites interventions pour améliorer la situation d'une manière très contrôlée, ce qui permet d'éviter tout résultat défavorable— ou d'y remédier rapidement.

La résolution rapide de problèmes en équipe donne les meilleurs résultats lorsque :

- ◆ Les équipes maîtrisent la résolution systématique de problèmes en équipe et/ou qu'elles ont un tuteur pour les guider dans la mise en œuvre de cette approche
- ◆ Les membres de l'équipe ont l'habitude des outils d'amélioration de la qualité et ils savent, en particulier, quand et dans quelles situations il ne faut pas les utiliser

Figure 6.1 La gamme des approches d'amélioration de la qualité



- ◆ Les équipes expriment des idées intuitives pour des solutions et elles utilisent le *benchmarking*<sup>7</sup>
- ◆ L'équipe est en mesure de générer des solutions ou bien elle a accès à des interventions connues qui permettent des améliorations

## 6.1 Étape 1 : Identifier

L'approche de la résolution rapide de problème en équipe suit une série de cycles pour introduire progressivement de petites interventions afin d'améliorer la qualité de manière continue. Habituellement, les chefs d'équipe et/ou les membres d'une équipe identifient et définissent une opportunité d'amélioration de la qualité au moyen des sous-étapes suivantes :

**Définir un but d'amélioration particulier.** La résolution rapide de problèmes en équipe s'applique généralement à des problèmes qui ont été identifiés par les chefs d'équipe ou des membres d'une équipe comme étant susceptible d'être améliorés. Si un objectif d'amélioration de la qualité n'a pas été établi, l'équipe peut passer en revue les données existantes et s'appuyer sur l'intuition du

<sup>7</sup> Le *benchmarking* est décrit au Chapitre 9. Il s'agit d'un processus permettant de trouver, d'adapter et d'appliquer les meilleures pratiques possibles ayant été testées par d'autres organisations ou services dans des situations semblables. Le *benchmarking* est une façon de générer des idées pour l'élaboration d'interventions.

---

---

groupe pour fixer des objectifs réalistes<sup>8</sup> Les buts d'AmQ devraient être clairement définis, par exemple :

- ◆ Réduire le temps d'attente
- ◆ Réduire le pourcentage des infections
- ◆ Réduire le pourcentage des complications

Une fois qu'un objectif particulier a été établi pour l'amélioration de la qualité, le processus d'identification se poursuit pour former les équipes et pour parvenir à un consensus sur l'objectif recherché.

**Décider qui doit faire partie de l'équipe de résolution de problèmes.** Les membres de l'équipe doivent être choisis avec soin pour s'assurer que les principaux intervenants susceptibles de fournir des idées au sujet du problème seront représentés. Par exemple, une équipe d'AmQ d'un hôpital qui veut remédier à un problème de pénuries de médicaments devrait reconnaître la nécessité d'inclure les pharmaciens, pour que soit représentée leur connaissance des processus de commande des approvisionnements et de prescription des médicaments.

**Parvenir à un consensus sur l'objectif.** Il est crucial qu'une équipe clarifie à nouveau le problème auquel elle souhaite s'attaquer ainsi que les objectifs d'amélioration recherchés afin que tous les membres comprennent le sens de leur travail. Les équipes de résolution de problèmes devraient prendre en compte les contraintes de temps, d'argent et de faisabilité lorsqu'elles s'attaquent à des objectifs d'amélioration. Si un besoin d'amélioration ne semble pas évident de lui-même, les équipes peuvent utiliser des outils tels que la matrice de priorisation pour hiérarchiser les besoins d'amélioration. On peut se mettre d'accord sur les besoins d'améliorations nécessaires en votant. Le *Chapitre 9* décrit en détail ces outils et activités.

## 6.2 Étape 2 : Analyser

Les activités durant la phase d'analyse permettent à l'équipe de cerner ce qu'il faut savoir ou comprendre pour obtenir une amélioration. Pour parvenir à cette compréhension, les équipes doivent :

**Analyser les données et les informations disponibles et facilement accessibles.** La résolution rapide de problèmes en équipe vise à obtenir des améliorations rapides et donc à minimiser l'utilisation de données. L'équipe

n'étudie que ce qu'elle a besoin de savoir concernant l'aspect à améliorer, de sorte que l'analyse de données utilise essentiellement les données existantes et l'intuition du groupe. Les outils de description des processus, tels que les organigrammes et les diagrammes de cause-effet, aident les équipes à mettre à profit l'expérience du groupe et à analyser les informations disponibles. Toutefois, ces outils ne sont utilisés que s'ils sont essentiels au processus de résolution de problèmes.

**Identifier les indicateurs pour évaluer les réalisations.** Les indicateurs sont des variables ou des caractéristiques qui peuvent être mesurées et suivies pour déterminer dans quelle mesure les buts d'amélioration de la qualité ont été atteints. Les indicateurs sont cruciaux pour comprendre l'impact d'une intervention ou d'une solution et pour déterminer si la mise en œuvre doit se poursuivre. Les équipes ont besoin de savoir comment déterminer si un changement débouche sur une amélioration. En conséquence, les équipes doivent lier l'objectif à un indicateur pour pouvoir tester l'impact du changement.

Lorsque l'on utilise des données limitées, les graphiques de fréquence-temps aident à suivre les tendances ou la configuration des indicateurs. Grâce à cet outil, l'équipe est mieux à même de suivre et de prédire la performance des processus (se référer au *Chapitre 9* pour des détails complémentaires). Le *Tableau 6.1* récapitule des indicateurs d'objectifs d'amélioration possibles, déjà mentionnés.

**Collecter des données avant une intervention si les données disponibles sont insuffisantes.** Il faut avoir des *données de référence* (données recueillies avant l'exécution d'une intervention) pour faire des comparaisons avec les données post-intervention afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention. Si cette information n'est pas facile à obtenir, il faudra peut-être recueillir quelques données. La résolution rapide de problèmes en équipe utilise seulement les données nécessaires pour comprendre l'aspect à améliorer et elle limite donc la collecte de données uniquement aux informations cruciales. Les équipes recueillent une série minimum de données, données qui fournissent suffisamment d'informations sur l'aspect à améliorer et qui n'exigent ni beaucoup de temps ni beaucoup d'argent.

Par exemple, une équipe peut collecter des données sur un *échantillon* (un sous-groupe représentatif) de patients, tel que de cinq à dix patients par jour pendant deux semaines. Bien que l'échantillon soit de petite dimension, si les

---

<sup>8</sup> Les équipes estiment souvent que des objectifs numériques les aident à concentrer leurs efforts pour atteindre leur but. Alors que les objectifs peuvent constituer une cible vers laquelle tendront en permanence les équipes, si ces objectifs sont trop ambitieux, les équipes risquent de se décourager, même si elles enregistrent des progrès importants. Inversement, si les objectifs sont trop modestes, ils seront trop faciles à atteindre et l'équipe se dissoudra avant que l'on obtienne les améliorations de qualité qui auraient été possibles. Il est important de garder ces points à l'esprit lorsque l'on fixe des objectifs d'amélioration.

**Tableau 6.1 Exemples d'indicateurs pour des buts d'amélioration**

Objectif de l'amélioration	Exemples d'indicateurs
Réduire le temps d'attente	Nombre moyen de minutes pendant lequel un patient doit attendre pour un acte
Réduire le pourcentage des infections	Pourcentage de patients ayant une infection post-opératoire
Réduire le pourcentage des complications	Pourcentage de patients qui connaissent des complications

données sont recueillies correctement, elles peuvent fournir une information de base pour cerner la possibilité d'amélioration et pour prendre des décisions. Le *Chapitre 9* donne des renseignements complémentaires sur la manière de collecter et d'analyser des données.

### 6.3 Étape 3 : Élaborer

Une fois que le but d'amélioration a été fixé et que les données pertinentes ont été analysées pour mieux comprendre le processus actuel, les équipes commencent à envisager les changements qui pourraient apporter des améliorations. Ces idées sont basées sur les informations obtenues grâce aux données et à l'intuition du groupe. L'élaboration des interventions comporte trois étapes principales :

#### **Générer des changements/interventions possibles.**

Les membres de l'équipe sont une précieuse ressource pour générer des changements ou des interventions possibles. La résolution rapide de problèmes en équipe fait largement appel à l'intuition du groupe pour la formulation d'idées sur des changements dans l'aspect que l'on cherche à améliorer. Les activités de groupes telles que le brainstorming, les analyses des affinités et la réflexion créative mettent à profit les connaissances des membres du groupe et permettent de dégager des listes de changements possibles. Le benchmarking permet aussi d'obtenir des idées pour la formulation d'interventions en étudiant les changements que d'autres organisations ou services ont essayés dans des situations semblables. Ces idées sont ensuite adaptées à la situation et aux besoins d'amélioration particuliers.

**Classer les changements possibles en fonctions de critères.** Lorsqu'une équipe a dégagé une liste d'interventions possibles, les idées doivent être classées en fonction de critères tels que l'urgence ou la faisabilité pour pouvoir

choisir une intervention à préparer et à tester. Des outils tels que la matrice de priorisation aident les groupes à classer les interventions et à décider celles auxquelles on s'intéressera.

**Choisir une intervention à tester.** Les interventions sont élaborées ensemble mais elles sont testées séparément. Les équipes utilisent leur jugement pour choisir et hiérarchiser les interventions à poursuivre jusqu'à l'étape suivante de la mise à l'essai et de l'application. Les interventions sont ensuite exécutées à l'intérieur du système, soit ensemble, soit séparément, créant une série de petits changements qui sont mis en œuvre progressivement. Ce processus aide à prévenir des conséquences imprévues au cas où l'intervention échouerait ou devrait être modifiée considérablement. Les interventions peuvent être étudiées, adaptées et testées à nouveau individuellement, puis être mises en œuvre par la suite à l'intérieur du système une fois qu'elles ont été validées.

### 6.4 Étape 4 : Tester et mettre en œuvre

Les trois premières étapes ont identifié l'objectif d'amélioration, analysé la situation et élaboré et classé les interventions possibles par ordre d'importance. La dernière étape, la mise à l'essai et l'application, permet de savoir si l'intervention est efficace. Dans l'approche de résolution de problèmes en équipe, la mise à l'essai et l'application des interventions sont généralement menées à petite échelle avec seulement quelques personnes. Ces petits changements ne se heurtent généralement qu'à peu de résistance car ils sont introduits progressivement. Les interventions peuvent aussi être testées en parallèle (par exemple, dans différents services ou unités) et, avec discernement, elles sont mises en œuvre ensemble une fois que chacune aura fait la preuve de son efficacité. Cette approche utilise le cycle de PFEA de la façon suivante :

**Planifier :** Lors de la planification d'un essai, il faut aussi se préparer à l'éventualité que l'intervention échoue ou qu'elle ait des effets négatifs. Les équipes devraient essayer de prévoir un impact auquel on ne s'attend pas ou des résultats susceptibles de se produire. La communication et la préparation sont essentielles pour tester avec succès une intervention ou un changement.

- ◆ Vérifier que toutes les données de référence soient complètes
- ◆ Formuler un plan d'action pour l'essai
- ◆ Informer les autres parties de l'intervention : s'assurer que toutes les parties concernées comprennent clairement le changement

---

---

**Faire:** L'équipe teste chaque changement séparément. La mise à l'essai de chaque intervention individuellement permet à l'équipe de les modifier séparément avant d'incorporer les changements efficaces.

- ◆ Tester l'intervention
- ◆ Documenter les modifications apportées à l'intervention ou à la solution
- ◆ Vérifier que les données soient complètes et exactes

**Étudier :** Comme cela a déjà été mentionné, la collecte et l'analyse de données se limitent à l'information qui est nécessaire pour déterminer si une intervention est efficace. Les équipes comparent les données de référence et les *données de suivi* (les données recueillies après la mise en œuvre d'une intervention) pour évaluer l'efficacité d'une intervention.

- ◆ Vérifier que l'intervention soit testée selon le plan initial
- ◆ Comparer les données de référence et de suivi pour mesurer l'impact de l'intervention
- ◆ Comparer les résultats avec les résultats escomptés ou souhaités

**Agir :** Une fois que l'intervention a été planifiée, testée et étudiée, l'équipe résume et communique ce qui s'est dégagé des étapes précédentes. Cette synthèse aide l'équipe à décider s'il y a lieu de mettre en œuvre, de modifier ou d'abandonner l'intervention. Cette décision se base sur les données qui mesurent l'impact de l'intervention. Deux questions aident à déterminer la voie à suivre : (a) Est-ce que l'intervention a engendré des améliorations et, si tel est le cas, (b) Est-ce que l'amélioration a été suffisante ? Les améliorations sont considérées comme suffisantes lorsqu'elles parviennent à un niveau de benchmark ou à un niveau de performance qui est satisfaisant pour l'équipe ou pour les responsables.

*Si l'intervention conduit à une amélioration et si l'amélioration est suffisante, mettre en œuvre l'intervention en tant qu'élément permanent du système et revenir à l'Étape 3 pour élaborer une autre intervention. (L'approche de la résolution rapide de problèmes en équipe passe par une série de cycles pour introduire progressivement de nouvelles interventions de petite dimension et pour améliorer en permanence la qualité.)*

*Si l'intervention conduit à une amélioration mais que celle-ci n'est pas suffisante, adapter l'intervention et recommencer l'Étape 4 pour tester l'intervention révisée.*

*Si l'intervention ne conduit pas à une amélioration, revenir à l'Étape 3 pour choisir une intervention différente à élaborer et à mettre en œuvre.*

Les équipes continueront ensuite à tester les interventions une à une, gardant les interventions réussies jusqu'à ce que l'équipe soit satisfaite des améliorations obtenues.

**Planifier pour prévenir.** Chaque intervention par elle-même peut ou non produire des améliorations. Les interventions peuvent aussi interagir avec chacune des autres interventions lorsqu'elles sont mises en œuvre ensemble, renforçant peut-être les effets de l'autre intervention et produisant une amélioration plus importante que prévu, ou réagissant peut-être négativement à l'autre intervention. Il est important d'essayer de prédire ces résultats pour prévoir toutes les possibilités et éviter toute réaction inattendue lorsque les interventions sont appliquées ensemble.

## 6.5 Exemples de cas de la résolution rapide de problèmes en équipe

Le Dr Maged Awadalla, pédiatre à l'Hôpital Al-Naser à Gaza, en Palestine, a noté que les nouveau-nés souffrant d'un ictère physiologique passaient plus de temps que prévu en photothérapie. Les nouveau-nés présentent un ictère lorsque leur niveau de bilirubine est trop élevé. Il y a plusieurs causes à cela, notamment la prématurité ou une incompatibilité de groupes sanguins. La photothérapie expose l'épiderme à des rayons ultraviolets, ce qui décompose et permet d'évacuer la bilirubine, réduisant ainsi les concentrations de bilirubine dans l'organisme. Bien que la durée de la thérapie varie selon les nourrissons, en fonction de leur poids et de leur âge, le Dr Awadalla avait le sentiment que le traitement par photothérapie était généralement plus long à l'Hôpital Al-Naser que dans d'autres hôpitaux.

Ayant reçu une formation en amélioration de la qualité dans le cadre du Projet d'Amélioration de la Qualité du Ministère de la santé, le Dr Awadalla reconnaissait que la durée du traitement pouvait faire l'objet d'une amélioration. Par l'élaboration, l'essai et l'application de trois changements simples, le docteur et son équipe ont mis au point une intervention pour réduire la durée du traitement et obtenir des résultats majeurs en un mois. Mme Nihaya El-Telbani, la coordinatrice du Projet d'Amélioration de la Qualité à Gaza, a fourni une assistance technique à l'équipe. Cette étude de cas illustre le processus d'amélioration de la qualité et démontre les importantes applications de l'approche de résolution rapide de problèmes en équipe.

### Étape 1 : Identifier

*1. Identifier un objectif particulier.* Le Dr Awadalla a noté que les nouveau-nés présentant un ictère recevaient un traitement par photothérapie plus long que la normale,

avec pour conséquence un séjour plus long que prévu à l'hôpital pour les nouveau-nés. La longueur du traitement avait une incidence sur les enfants et elle constituait un fardeau pour les familles mais elle entraînait aussi une pénurie chronique de couveuses de photothérapie et une charge de travail plus grande pour le personnel des soins intensifs. La pénurie de couveuses entraînait une surpopulation au service des soins intensifs, d'où un risque accru de contagion mutuelle chez les nouveau-nés.

Les objectifs d'amélioration suivants pour le traitement par photothérapie ont été identifiés :

- ◆ But principal de l'amélioration : réduire la durée de la photothérapie des nouveau-nés présentant un ictère

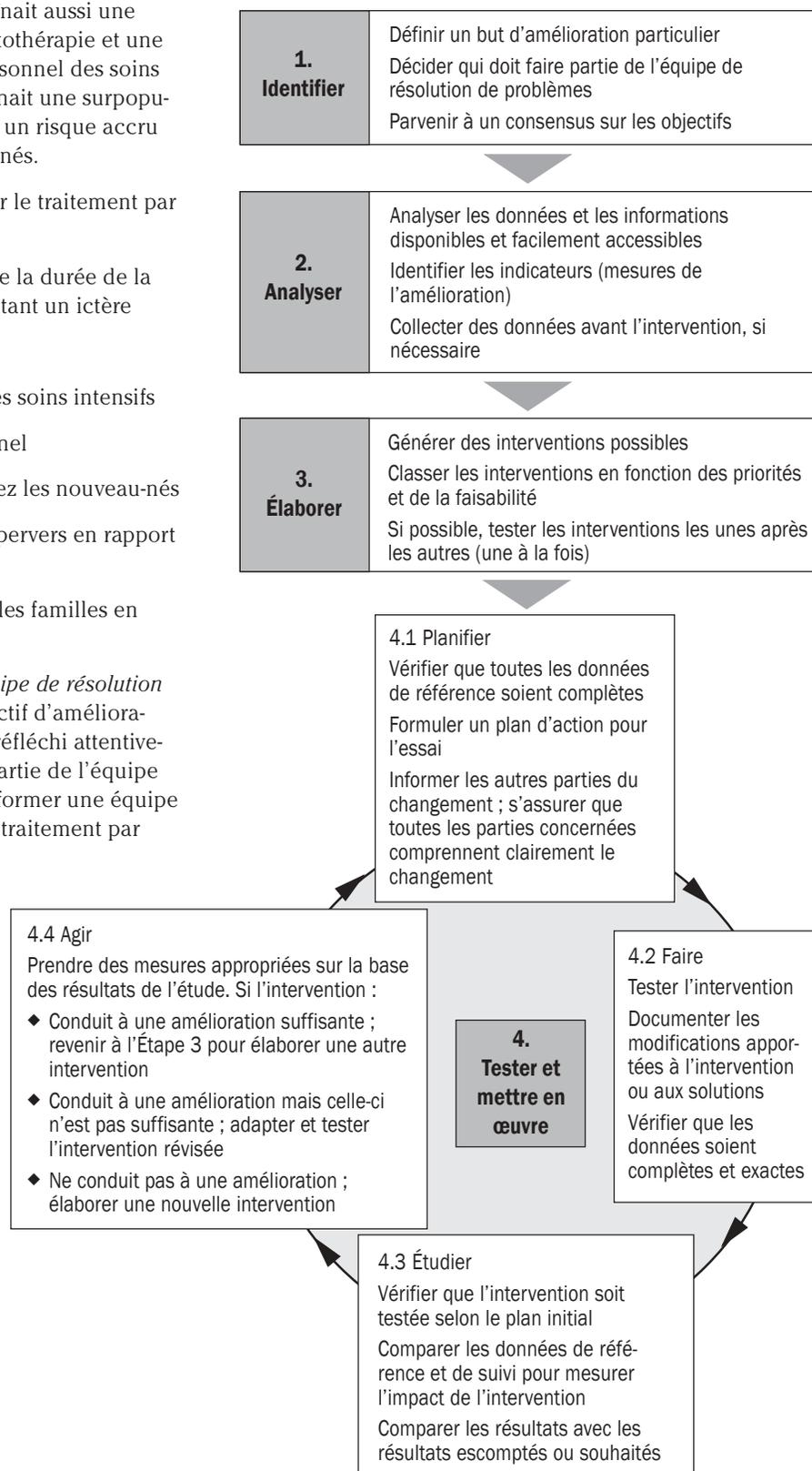
Autres buts d'amélioration :

- ◆ Réduire la surpopulation au service des soins intensifs
- ◆ Réduire la charge de travail du personnel
- ◆ Réduire les infections hospitalières chez les nouveau-nés
- ◆ Réduire le risque d'effets secondaires pervers en rapport avec la photothérapie
- ◆ Réduire le fardeau qu'ont à supporter les familles en raison de la durée de l'hospitalisation

2. *Décider qui devrait faire partie de l'équipe de résolution de problèmes.* Après avoir identifié l'objectif d'amélioration, le Dr Awadella et ses collègues ont réfléchi attentivement pour déterminer qui devrait faire partie de l'équipe de résolution du problème. Ils voulaient former une équipe regroupant des agents impliqués dans le traitement par photothérapie pour incorporer leurs connaissances dans le processus de résolution de problèmes et pour éviter des résistances ou des ressentiments lorsque des changements seraient mis en œuvre. On a demandé à deux infirmières et deux médecins du service des soins intensifs néonataux de former une équipe de résolution du problème sous la direction du Dr Awadella. Les membres de l'équipe étaient : le Dr Awadella, Zeinab Shzeim, Abdel Mutaleb Al-Kahlut et Rashad Al-Khalidi.

3. *Obtenir un consensus sur les buts d'amélioration.* Sur la base de son expérience de travail au sein du service des soins intensifs néonataux, l'équipe a convenu

**Figure 6.2. Synthèse de l'approche de résolution rapide de problèmes en équipe**



---

---

qu'une diminution de la durée du traitement de photothérapie serait bénéfique aux clients internes comme aux clients externes. Les implications possibles de la réduction de la durée de la photothérapie ont convaincu les membres du groupe de passer à l'analyse de la question.

## Étape 2 : Analyser

*1. Analyser les données et les informations disponibles et facilement accessibles.* L'équipe d'infirmiers/infirmières et de médecins expérimentés savait que la photothérapie consiste à exposer l'épiderme du nouveau-né à la lumière. Partant de là, les membres de l'équipe se sont mis à étudier la manière dont le traitement était administré et à faire des observations. Ils ont d'abord discuté du fait que les couches étaient souvent trop grandes, ce qui réduisait la région cutanée exposée à la lumière. Deuxièmement, il n'y avait pas d'horaire précis pour retourner les enfants afin que tout le corps soit exposé à la lumière. Enfin, l'équipe s'est penchée sur le fait que certains nouveau-nés n'étaient pas régulièrement nourris au sein, ce qui avait une incidence sur leur nutrition et leur santé.

*2. Identifier les indicateurs.* L'équipe a identifié la durée du traitement par photothérapie comme étant un indicateur de la quantité de traitement requise. La durée de ce traitement était mesurée en nombre d'heures nécessaires pour faire baisser suffisamment le taux de bilirubine afin de permettre à l'organisme d'évacuer ensuite cette substance (6,5 milligrammes pour cent).

*3. Collecter des données avant l'intervention, s'il n'en existe pas.* L'équipe de résolution du problème a reconnu qu'il y avait un manque de données quant à la durée du traitement des nouveau-nés par photothérapie. Elle a donc recueilli un petit échantillon de données pour huit nouveau-nés avant l'intervention. Elle a vérifié tous les jours le niveau de bilirubine chez les nouveau-nés dans le cadre d'une méthode standard pour déterminer s'ils pouvaient sortir de l'hôpital. Les nouveau-nés de l'échantillon avaient besoin en moyenne d'environ 49 heures de photothérapie chacun pour parvenir à un niveau correct de bilirubine.

## Étape 3 : Élaborer

*1. Générer des changements/interventions possibles.* En fonction de son examen du déroulement du traitement par photothérapie, l'équipe a mis au point une intervention

possible pour réduire le nombre d'heures de traitement nécessaires. Les membres de l'équipe sont convenus de tester l'effet de la série de mesures suivantes toutes les trois heures :

- ◆ S'assurer que la couche va bien ; par exemple, s'assurer qu'elle n'est pas trop grande
- ◆ Changer le nouveau-né de position
- ◆ S'assurer que le nouveau-né a été allaité au sein

*2. Les classer par ordre en fonction de priorités.* Les membres de l'équipe estimaient que la série de mesures était nécessaire et pouvait améliorer la qualité des soins apportés aux nouveau-nés en réduisant la durée du traitement. Pour cette raison, l'équipe a décidé de tester cette méthode.

*3. Choisir une seule intervention à la fois.* Étant donné que ces interventions semblaient évidentes par elles-mêmes, il était logique qu'elles soient testées et qu'elles soient mises en œuvre ensemble. Si les interventions avaient été plus difficiles ou plus problématiques, il est probable que l'équipe les aurait testées séparément. L'équipe a décidé de passer à l'étape des essais et de la mise en œuvre pour évaluer l'impact de cette méthode.

## Étape 4 : Tester et mettre en œuvre

*1. Planifier : Planifier l'essai.* L'équipe de résolution du problème a décidé de tester l'intervention sur huit nouveau-nés du service des soins intensifs. Elle s'est assurée que les données de référence étaient complètes pour pouvoir les comparer aux données post-intervention. Elle a également informé du changement tous les infirmiers/infirmières et tous les médecins pour s'assurer que la méthode serait appliquée à ces nouveau-nés par toutes les équipes de soins<sup>9</sup>.

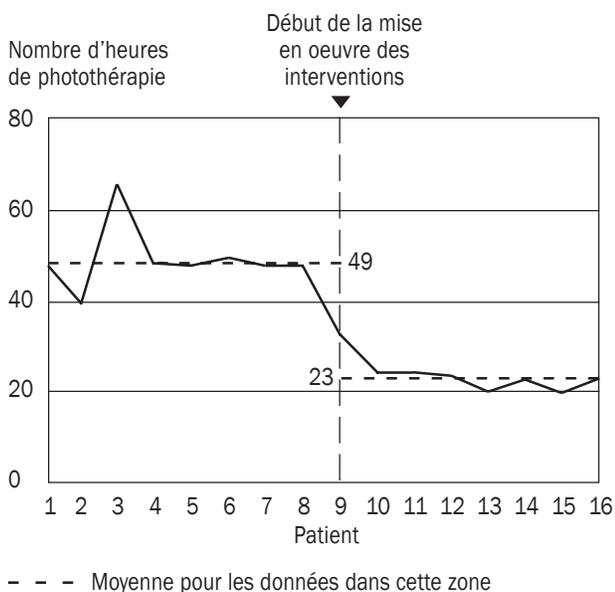
*2. Faire : Effectuer l'essai.* La méthode de soins a été essayée sur huit nouveau-nés traités par photothérapie au service des soins intensifs.

*3. Étudier : Collecter et analyser des données.* La méthode n'a pas été modifiée par rapport au plan initial et elle a été testée conformément au plan. Des données relatives aux heures de photothérapie ont été collectées et vérifiées pour voir si elles étaient exactes et complètes. Les données post-intervention ont mis en évidence une diminution

---

<sup>9</sup> L'équipe a également tiré une autre conclusion de l'étude. Son expérience a montré que des outils statistiques simples et fiables peuvent être utilisés pour évaluer rapidement les résultats. L'équipe a recueilli des données de référence en enregistrant la durée de la photothérapie pour huit nouveau-nés qui avaient été admis successivement au service des urgences. Elle a testé l'intervention sur les huit nouveau-nés qui ont été admis ensuite. L'échantillon était certes de petite dimension, étant donné que tous les nouveau-nés de la série avaient été inclus (pas de sélection) et que la différence dans les résultats était très importante, mais le changement est valable étant donné qu'il a engendré des améliorations. Un test de différence des moyennes a établi que la différence était statistiquement significative.

**Figure 6.3** Durée de la photothérapie avant et après l'amélioration (Hôpital Al-Naser)



sensible de la durée nécessaire du traitement par photothérapie. Alors que les nouveau-nés, avant l'intervention, avaient besoin en moyenne de 49 heures de traitement, 24 heures en moyenne suffisaient avec la nouvelle méthode.

*4. Agir : Décider comment agir en fonction des informations.* Ce changement représenté graphiquement à la Figure 6.3 s'est traduit par une baisse de près de 50 pour cent du nombre d'heures de photothérapie. L'équipe de résolution du problème estimait que la diminution de moitié de la durée du traitement était une preuve suffisante du succès de la méthode. Cette information a conduit à la décision d'intégrer la méthode au standard des soins pour les nouveau-nés traités pour un ictère.

Bien que ces trois changements semblent minimes et simples de par leur nature, ils se sont avérés essentiels pour déterminer la durée optimale du traitement par photothérapie et pour assurer l'efficacité du traitement. Cela démontre que des interventions simples peuvent apporter des améliorations majeures.

L'équipe était satisfaite des améliorations apportées au traitement de l'ictère physiologique du nouveau-né. Ces améliorations non seulement validaient le succès de l'intervention proprement dite, mais elles démontraient aussi les effets majeurs de la résolution rapide de problèmes en équipe. L'équipe a utilisé ces résultats pour communiquer à ses collègues l'importance de maintenir les nouveaux standards de soins. Bien que l'équipe se soit dissoute, chacun de ses membres a acquis de l'expérience en matière d'amélioration de la qualité et s'enthousiasme pour cette technique, établissant ainsi des bases solides pour de nouvelles initiatives.



# 7 Approche C: Résolution systématique de problèmes en équipe

La résolution systématique de problèmes en équipe s'applique à des problèmes récurrents, chroniques ou difficiles à résoudre, qui peuvent nécessiter l'identification de la cause première, réelle, du problème et l'élaboration de solutions en conséquence. Les méthodes d'analyse des causes premières ont été introduites dans la résolution systématique de problèmes en équipe pour répondre à la nécessité de mieux comprendre les causes fondamentales de problèmes. La résolution systématique de problèmes en équipe postule et teste des théories possibles quant aux causes d'un ou de plusieurs problèmes. Des solutions sont ensuite élaborées pour s'attaquer aux théories qui se sont avérées être à l'origine d'un problème.

Étant donné qu'elle fait largement appel à des techniques analytiques, la résolution systématique de problèmes en équipe exige souvent beaucoup de données et de temps pour élaborer, tester et mettre en œuvre des solutions, et pour observer des améliorations. Cet investissement en temps se traduit par une compréhension exhaustive d'un problème et de ses causes. La résolution systématique de problèmes en équipe exige aussi un certain niveau de compétences qui sera atteint grâce au coaching, à la formation de l'équipe et/ou à une expérience des techniques analytiques.

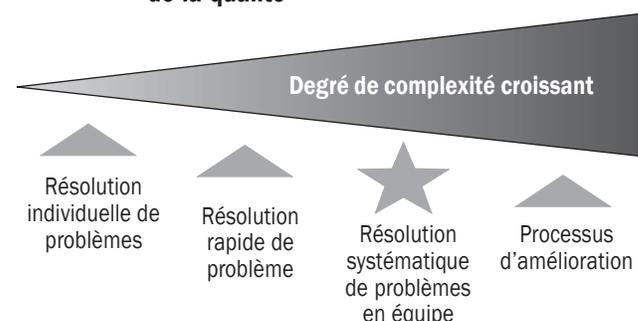
La résolution systématique de problèmes en équipe est appropriée lorsque le problème présente les caractéristiques suivantes :

- ◆ Il est chronique, récurrent ou complexe
- ◆ Il n'a pas de solution évidente
- ◆ Il ne constitue ni une urgence ni une question de sécurité
- ◆ Il n'a pas besoin d'être résolu rapidement
- ◆ Il permet aux membres d'une équipe de travailler ensemble sur une analyse dans la durée

## 7.1 Étape 1 : Identifier

L'étape « Identifier » dans le cadre de la résolution systématique de problèmes en équipe, tout comme les autres

Figure 7.1 La gamme des approches d'amélioration de la qualité



approches, implique de déterminer le problème sur lequel l'équipe travaillera, et d'autre part, de déterminer les personnes qui feront partie de l'équipe.

### Choisir un problème ou une possibilité d'amélioration.

Un aspect qui est susceptible d'être amélioré, et auquel on s'attaquera par la résolution systématique de problèmes en équipe, n'est pas nécessairement un problème mais peut refléter un écart entre la performance actuelle et la performance désirée. Il est essentiel que cet aspect à améliorer suscite l'enthousiasme des responsables, des clients et du personnel et soit perçu par eux comme étant important. N'importe qui – comité d'assurance de la qualité, chef de services, groupe d'employés, membres du personnel à titre individuel, clients, etc. – peut identifier des aspects à améliorer. Le suivi régulier des systèmes de gestion de l'information sanitaire fournit des données sur les indicateurs de santé et peut mettre en évidence des besoins d'amélioration. Comme autres sources de données on peut aussi citer les dossiers médicaux, les dossiers de la direction, l'observation directe et les entretiens.

Les données peuvent mettre en évidence plusieurs domaines devant être améliorés, par exemple les vaccinations, les soins en régime d'hospitalisation ou la santé maternelle. Lorsque l'on classe par ordre de priorité les aspects à améliorer, il est utile d'envisager ceux qui ont les caractéristiques suivantes :

- ◆ Ils présentent un risque élevé : Ils pourraient avoir un impact particulièrement négatif si la qualité était médiocre
- ◆ Leur volume est important : Ils se produisent souvent et affectent un grand nombre de personnes
- ◆ Ils sont une source de problèmes : C'est une activité sensible aux erreurs

**Définir le problème.** Une fois qu'on a identifié un aspect pouvant être amélioré, la question à traiter doit être clairement définie. La définition du problème (la rédaction d'un énoncé de problème) ne recherche pas des causes ou des remèdes mais elle s'efforce plutôt de décrire une situation. Il est important que le problème soit clairement décrit pour que les efforts de résolution systématique de problème en équipe se concentrent sur les étapes « Analyser », « Élaborer » et « Tester et mettre en œuvre ». En éclaircissant le problème, on se fait une meilleure idée de ce qu'il est et de la façon dont il affecte la qualité des soins.

En plus d'évaluer le problème, il faut aussi fixer des limites pour que les activités de résolution dudit problème ne débordent pas sur une question plus vaste ou des questions connexes. Il est judicieux de limiter les activités de résolution de problèmes à des activités ou des processus particuliers, des établissements ou des services ou encore des mesures de la qualité (telles que la promptitude ou l'efficacité). Un énoncé de problème est une manière de faire une synthèse claire, d'établir et d'enregistrer les limites et des buts.

**Identifier les personnes qui devraient travailler sur le problème.** Une fois que le problème a été clairement identifié, il convient d'identifier les personnes clés devant travailler au sein de l'équipe. Les réponses aux questions suivantes peuvent aider à déterminer les personnes qu'il conviendrait d'inclure dans l'équipe : Où (dans quels services/sections) le problème se pose-t-il ? Quelles tâches sont concernées ? Qui exécute ces tâches ? Qui détermine la façon dont les tâches devraient être exécutées ? Qui fournit les intrants pour effectuer ces tâches ? Qui utilise les extrants de ces tâches ?

Les personnes choisies apportent leurs connaissances, leurs idées et leurs services durant la démarche de la résolution de problèmes. Il est important de noter que chaque personne choisie devrait avoir des connaissances directes, détaillées et personnelles de certains aspects du problème. Ces personnes doivent aussi avoir le temps d'assister à des réunions et d'exécuter, entre les réunions, des tâches qui leur seront confiées. En fonction des besoins, l'équipe peut faire appel à des personnes extérieures qui ont des connaissances ou une expérience spécialisées à propos du problème. Ces membres « à mi-temps » peuvent être des consultants extérieurs ou d'autres personnes au

sein de l'organisation. Lorsque tous ceux qui travailleront sur le problème se seront mis d'accord sur l'énoncé du problème, l'équipe pourra passer à l'étape de l'analyse.

## 7.2 Étape 2 : Analyser

C'est l'étape durant laquelle l'équipe s'efforcera de mieux comprendre le problème ou les lacunes au niveau de la qualité : Pourquoi cela se produit-il ? Les gens identifient souvent un problème, décident qu'ils savent déjà tout sur ce problème (y compris sa cause) et se précipitent sur la solution qu'ils ont déjà à l'esprit. Lorsqu'ils agissent ainsi, ils se rendent souvent compte que le problème ne disparaît pas lorsque la solution a été mise en œuvre. Pourquoi ? Parce qu'ils n'ont pas élargi leur façon de penser, ni vérifié leurs hypothèses au moyen de données. Les causes d'un problème ne sont pas toujours évidentes. Pour bien résoudre un problème, il faut résister à la tentation de tirer des conclusions hâtives.

L'objectif de cette étape de la résolution systématique de problèmes en équipe est d'identifier les causes majeures du problème afin de choisir une solution appropriée. Cela peut se faire rapidement si le problème est simple et sa cause évidente, mais le processus est plus long lorsque le problème est plus complexe et qu'il y a plusieurs causes possibles.

L'analyse du problème peut se comparer au geste de « peler un oignon » : il faut enlever plusieurs couches avant d'arriver au milieu, c'est-à-dire à la cause majeure. On peut aussi comparer l'analyse à une série d'enquêtes qui sont menées en profondeur, jusqu'à ce qu'on ait trouvé la cause du problème. En exposant les éléments du problème, il est possible d'en atteindre la racine (cause première) ou la cause sous-jacente. Compte tenu de la diversité des problèmes, il n'existe pas de méthode unique pour les analyser.

**Décrire et comprendre le processus au sein duquel le problème existe.** La plupart des problèmes ou des lacunes en matière de qualité ont trait à la façon dont le travail est effectué (le processus). Cependant, les gens n'ont pas toujours une idée claire du processus, en particulier des liens entre leur travail et le travail des autres. En conséquence, une étape importante de l'analyse du problème consiste à bien saisir le processus proprement dit et à obtenir un consensus entre les membres de l'équipe sur la manière dont le processus fonctionne réellement – par opposition à la manière dont le processus est « censé » fonctionner. C'est ici que commence la comparaison avec le geste de « peler un oignon » : avec le repérage de l'endroit où se situe le problème à l'intérieur du processus.

Les membres de l'équipe doivent tous comprendre le processus pour économiser temps et énergie lorsqu'ils

---

---

travailleront sur les étapes suivantes. Une façon d'y parvenir est de visualiser le déroulement réel du processus au niveau duquel se situe le problème. On peut appliquer deux outils : la modélisation des systèmes et le dessin d'un organigramme (cf. Chapitre 9 pour plus de précisions). Pendant qu'elle examine le processus, l'équipe peut se rendre compte qu'il lui manque des faits dont elle a besoin pour comprendre ce qui se passe – il se peut qu'il faille collecter des données.

Il est possible que la ou les causes seront mises en évidence durant l'établissement d'un organigramme qui schématise le déroulement actuel du processus. Illustrer au moyen d'un organigramme le processus actuel, par opposition au processus idéal, peut mettre en évidence une étape manquante à l'intérieur du processus, un endroit où existe une certaine confusion sur l'action à entreprendre, ou encore l'existence d'étapes inutiles. Il se peut qu'en établissant un organigramme l'équipe découvre que le processus n'est ni simple ni clair. Dans ce cas, la solution peut passer par la conception d'un processus standardisé.

**Faire une analyse cause-effet.** En médecine, les maladies sont soignées, dans toute la mesure du possible, en traitant les causes et non pas leurs symptômes. Ce principe s'applique également à la résolution de problèmes si un problème chronique réapparaît régulièrement du fait qu'on ne s'est pas attaqué à ses causes. Une fois que le problème a été localisé plus précisément, il convient de formuler des hypothèses à propos des causes. Le terme « hypothèses » est utilisé car on ne sait pas si les causes véritables, au cœur du problème, ont été découvertes. La validité de la cause sera vérifiée ultérieurement par des données.

Étant donné que la cause première est rarement évidente, il est préférable de commencer en établissant une liste regroupant un maximum de causes possibles. Une analyse cause-effet aide à dépasser le niveau des symptômes du problème. Elle incite à se poser les questions suivantes : « Qu'est-ce qui occasionne le problème ? » et « Qu'est-ce qu'il y a derrière ? » Cela élargit la réflexion sur les causes et permet d'explorer d'autres domaines qui contribuent peut-être au problème. Inversement, d'autres méthodes, par exemple « les cinq pourquoi », un diagramme en arêtes de poisson, ou une analyse des champs de forces, peuvent être utilisées. Un diagramme en arêtes de poisson peut servir à documenter cette réflexion (cf. Chapitre 9).

#### **Réduire le nombre des causes premières possibles.**

Lorsque toutes les causes possibles ont été suggérées, il y en a parfois un trop grand nombre pour qu'on puisse toutes les étudier. Les compétences de l'équipe peuvent aider à ramener les causes possibles à celles qui sont les plus probables. Plusieurs méthodes de prise de décisions (par

exemple l'opinion d'experts et le vote) peuvent déboucher sur certaines hypothèses concernant la ou les causes premières. L'important, c'est de dégager quelques possibilités à partir des nombreuses causes possibles identifiées. Il serait judicieux de commencer par tester les hypothèses afférentes aux causes possibles pour lesquelles la collecte de données serait la plus facile. On peut ainsi éliminer rapidement certaines hypothèses. Lors de la collecte de données pour vérifier les causes, essayez d'utiliser des sources d'informations différentes de celles qui avaient servi à identifier le problème.

#### **Définir les données nécessaires pour tester les**

**théories relatives aux causes.** À nouveau, les causes à ce stade ne sont que des hypothèses. Le moment est maintenant venu de collecter des données et de les interpréter pour valider ou infirmer les hypothèses. La détermination des causes devrait se baser sur des faits, et non sur des opinions ou des suppositions. Nous passerons ici en revue quelques points essentiels à propos de la collecte de données. Il est facile de tomber dans le piège consistant à collecter plus de données qu'il n'en faut ou encore des données qui ne fournissent pas réellement d'informations. Le message essentiel ici est que la collecte de données devrait être conçue de manière à obtenir les informations requises pour répondre à la question : Quelle est, ou quelles sont, les causes majeures ?

Certaines questions peuvent aider les équipes à vérifier les causes premières possibles, notamment :

- ◆ Est-ce que la cause supposée existe réellement ?  
(En avons-nous fait l'expérience ?)
- ◆ Est-ce que cette cause supposée est assez fréquente et/ou généralisée pour expliquer la portée du problème ?
- ◆ Combien de fois la cause supposée se produit-elle ?
- ◆ La cause supposée est-elle associée au problème ?  
(Par exemple, est-ce que les causes et le problème se produisent en même temps ou est-ce qu'ils affectent le même client ?)

La réponse à ces questions doit se baser sur des faits (données) mais les données en elles-mêmes et par elles-mêmes ne produisent pas nécessairement de réponses. Les données doivent être analysées et les résultats doivent être présentés de façon à passer du statut de « fait » à celui « d'information ».

#### **Collecter et analyser des données ; identifier la cause première.**

Un bon point de départ pour la collecte de données est d'établir un plan qui chercherait à répondre aux questions suivantes :

- ◆ Quelles données répondraient à la question ?

---

---

*Exemple de cas : Hypothèse et questions pour  
rechercher des causes  
premières*

**Hypothèse :** Il n'y a pas de produits pharmaceutiques en stock.

**Questions :** Combien de jours par mois y a-t-il rupture de stock ? Combien de patients ne reçoivent pas de médicaments de ce fait ? Pour quelle raison les produits pharmaceutiques ne sont-ils pas en stock ?

---

---

- ◆ Comment les données devraient-elles être recueillies ? Par qui et à quelle fréquence ? Avec quels outils ?
- ◆ Comment faudrait-il analyser les données ? Avec quels outils ? Par qui et à quelle fréquence ?

Choisir des méthodes efficaces de collecte des données. Dans toute la mesure du possible, utiliser les sources de données existantes. Le cas échéant, collecter les données en fonction des besoins pour enquêter sur les causes premières et identifier la cause première réelle. Cette collecte de données ne devrait pas devenir un système de suivi à long terme.

Une fois les données collectées, il convient de les présenter et de les analyser pour pouvoir tirer des conclusions à propos des causes premières et des améliorations essentielles. Les outils d'analyse des données (par exemple, les diagrammes en bâtons, les graphiques de fréquence-temps, la courbe de Pareto) peuvent identifier et présenter les informations. Premièrement, l'équipe devrait être prête à présenter les données de nombreuses façons différentes pour pouvoir en tirer un maximum de connaissances. Par exemple, les données initialement portées sur un histogramme peuvent être représentées par chaque point de données sur un graphique de fréquence-temps pour mettre en évidence des schémas de variation dans le temps. Deuxièmement, les données peuvent aussi être divisées en sous-groupes ou strates en fonction de caractéristiques individuelles. Par exemple, les données indiquant si les mères ont compris les indications pour l'administration d'un médicament à leur enfant peuvent être stratifiées selon la langue que parle la mère. Cela aiderait à déterminer si la mère ne comprend pas les indications pour des raisons linguistiques.

## 7.3 Étape 3 : Élaborer

L'objectif de cette étape de la résolution systématique de problèmes en équipe est d'élaborer une solution qui résoudra le problème en déterminant sa ou ses causes. L'élaboration de solutions n'est pas toujours une tâche bien définie et maintes solutions échouent car elles n'ont pas fait l'objet d'une réflexion approfondie avant la mise en œuvre. Ce n'est pas le moment de se précipiter sur une solution, compte tenu de tous les efforts qui ont été investis dans le choix et l'analyse du problème. La meilleure approche consiste à se montrer ouvert et à faire preuve de créativité, d'abord pour dresser une liste des solutions possibles, et ensuite pour examiner attentivement chacune d'entre elles avant d'en choisir une. *Ces solutions doivent s'attaquer aux causes premières qui ont été identifiées.*

Choisir des solutions solides exige une bonne liste d'options. C'est là qu'il est important de faire preuve de créativité. Trop souvent, les groupes s'enlisent dans leur façon de penser (« Nous avons toujours fait comme ça ») ou ils se laissent influencer par les idées d'une personne sans examiner d'autres solutions. Envisagez d'inviter d'autres personnes à se joindre à l'équipe pour suggérer des solutions possibles. Les membres supplémentaires de l'équipe devraient être des gens qui ont travaillé sur des problèmes semblables au sein de l'organisation. Commencez par passer en revue les succès précédents et, chose plus importante, les échecs précédents. Pourquoi se sont-ils produits ? Quels enseignements peut-on en tirer ?

Il peut être utile également d'examiner l'expérience des autres. Le benchmarking associé au brainstorming (voir Chapitre 9) peut stimuler la créativité. Le benchmarking consiste à examiner un processus semblable qui marche bien, ou à envisager des solutions que d'autres ont essayées en présence de problèmes ou de situation similaires ayant une cause première similaire, et d'examiner attentivement ce qui a réussi. Toutefois, il est essentiel de bien comprendre son propre processus avant d'essayer le benchmarking, et de comprendre pleinement l'autre processus avant de l'utiliser comme point de référence. Si on ne procède pas de cette façon, on risque de créer plus de problèmes qu'on n'en résoudra.

Des critères clairement énoncés peuvent aider les équipes à choisir une solution à partir d'une liste. Comme exemples de critères, on peut mentionner :

- ◆ Une mise en œuvre au coût abordable
- ◆ Pas d'effets négatifs sur d'autres processus ou activités
- ◆ Une mise en œuvre réalisable
- ◆ Le soutien des responsables

- ◆ Le soutien de la communauté
- ◆ L'efficacité
- ◆ La rapidité

Essayez de vous limiter à trois ou quatre critères, étant donné qu'un nombre excessif rendrait cette étape difficile à gérer. Identifier les critères auxquels doit répondre toute solution pour être envisagée sérieusement – cela permettra d'éliminer rapidement certains choix.

## 7.4 Étape 4 : Tester et mettre en œuvre

Comme les autres approches d'amélioration de la qualité, la résolution systématique de problèmes en équipe dépend de l'essai et de la mise en œuvre effective de la solution appropriée. Même une solution bien choisie ne résoudra pas le problème si elle n'a pas été planifiée, mise en œuvre et/ou suivie correctement. Le cycle PFEA s'applique à la résolution systématique de problèmes comme suit :

- Planifier (pour tester la solution).** La planification de toute activité, y compris de l'amélioration de la qualité, implique que l'on détermine : qui, quoi, où, quand et comment. La planification pour la mise en œuvre d'une solution devrait inclure les tâches suivantes :
- ◆ Passer en revue l'objectif de la solution. Qu'essaye-t-on d'obtenir ? Comment définit-on la « réussite » ?
  - ◆ Passer en revue la conception de la solution. Quelles sont les étapes du processus proposé ? Qui fera quoi, où et quand ? Passer en revue ou concevoir un organigramme simple du processus. L'organigramme aidera l'équipe à déterminer si ce qu'elle à l'esprit marchera. La solution peut-elle être simplifiée ?
  - ◆ Identifier les résistances potentielles. L'équipe doit réfléchir aux personnes qui pourraient être affectées par chaque étape ou changement du processus. Ces personnes pourraient résister. La résistance pourrait-elle être atténuée si on incluait ces personnes dans le processus de planification ? Quelles seraient les autres façons d'éviter des réticences ?
  - ◆ Déterminer les conditions préalables nécessaires à la mise en œuvre. Qu'est-ce qu'il faut faire ou préparer avant que ce processus puisse être mis en route ? Penser au genre de formation qu'il faudra peut-être, au mode de communication qui sera nécessaire, et aux éléments de soutien (matériel, supervision et gestion) qu'il faudra organiser. Les membres de l'équipe pourraient réfléchir à ce qui pourrait ne pas marcher et, après un brainstorm-

ing, utiliser une étude d'affinités (cf. Chapitre 9) pour regrouper ces risques en vue d'une action préventive.

- ◆ Élaborer une liste étape-par-étape pour préparer le terrain. Que faut-il faire en premier ? Combien de temps faudra-t-il ? Comment saurez-vous quand l'activité est terminée ? Quel est le produit ? Un graphique de Gantt (cf. Chapitre 9) peut aider à planifier l'ordre de succession des activités.
- ◆ Attribuer les responsabilités pour chaque activité. Qui s'assurera que chaque activité est effectuée ? La personne en question n'aura peut-être pas à exécuter l'activité mais elle sera chargée de veiller à ce que celle-ci soit menée à bien. Qui testera l'activité ? Qui la supervisera ?
- ◆ Déterminer quelle information est nécessaire pour faire un suivi de la solution. Quelles données faut-il pour déterminer si la solution a été testée, si elle a été testée correctement (conformément au plan) et si elle a donné les résultats escomptés. Où se trouvent les données disponibles ? Qui peut collecter les données ? Quand et comment peuvent-elles être collectées ?
- ◆ La planification de la prévention : Les solutions créées par les équipes d'amélioration systématique de problèmes en équipe affectent souvent un certain nombre de personnes et de processus, et présentent donc le risque que quelque chose puisse mal tourner. Plusieurs mesures de planification de la prévention aident à atténuer ce risque. Par exemple, tester d'abord la solution à petite échelle. Si la solution exige des changements importants, si elle affecte de nombreuses personnes ou si elle n'a jamais été testée, il est peut-être utile de l'essayer d'abord à petite échelle :
  - Régler les petits problèmes avant la mise en œuvre à grande échelle
  - Rallier les gens à cette cause en montrant que la solution marche réellement
  - Économiser les ressources si la solution n'a pas donné d'aussi bons résultats que prévu

**Faire (tester la solution).** Tester la solution implique que l'on exécute les étapes du graphique de Gantt ou du plan d'action, et que l'on collecte des informations indiquant comment la solution a marché. Les équipes devraient vérifier de temps en temps que l'essai se déroule comme prévu et elles devraient communiquer les progrès obtenus à toutes les parties concernées. Elles devraient aussi se tenir prêtes à apporter des encouragements à toute personne impliquée et à fournir une aide le cas échéant.

---

---

Documenter les succès enregistrés et les obstacles rencontrés durant l'essai. Ces renseignements peuvent être utiles par la suite pour évaluer la solution. Tout problème ou erreur est une occasion d'apporter des améliorations et cela vaut pour l'essai et la mise en œuvre de solutions, tout comme pour l'identification des problèmes.

**Étudier (faire un suivi pour déterminer si la solution a donné les résultats escomptés).** À ce stade, l'équipe devrait marquer un temps de pause pour déterminer ce qu'elle a retiré de la mise à l'essai de la solution. En utilisant les données recueillies et toute autre information (formelle ou informelle) obtenue lors de l'essai, l'équipe devrait répondre aux questions suivantes :

- ◆ Nos critères de réussite ont-ils été atteints ? Est-ce que la solution a eu les effets désirés ? Qu'ont pensé les gens du changement ?
- ◆ Quels aspects de l'essai ont bien marché ? Quels aspects ont été difficiles ?
- ◆ Est-ce que la solution a créé des problèmes imprévus pour d'autres personnes ou d'autres processus ?
- ◆ À quel genre de résistance s'est-on heurté ?

**Agir (prendre des décisions concernant la mise en œuvre).** Sur la base des enseignements tirés de l'évaluation de l'essai, l'équipe doit maintenant décider des mesures à prendre. Simplement parce qu'une solution a été choisie et testée, cela ne signifie pas qu'il faille l'adopter. Se référant aux résultats obtenus lors du suivi, déterminer si elle a réussi, si elle mérite être modifiée ou s'il convient de l'abandonner purement et simplement et d'essayer une autre solution. S'il faut faire des modifications, elles devraient être testées au moyen du cycle PFEA.

Pour s'assurer que les améliorations sont durables, l'équipe devra envisager les possibilités de standardiser l'amélioration et de la rendre permanente par des activités telles que l'élaboration/la modification d'aides de travail et de manuels, l'insertion de matériel nouveau dans la formation préalable à l'emploi et dans la formation post-emploi, et l'obtention des déclarations officielles de politique générale. En outre, la durabilité exige que l'on soit vigilant : l'équipe devrait réfléchir à la façon dont les indicateurs devraient être suivis, et par qui, afin de savoir si la solution continue de donner de bons résultats, et de s'assurer que le problème ne se reproduise pas.

L'équipe de résolution systématique de problèmes en équipe se dissout habituellement lorsqu'elle a achevé les quatre étapes et, en conséquence, elle ne suit généralement pas l'évolution de la mise en œuvre de la solution. Bien que la qualité puisse toujours être améliorée, les gens

et les équipes doivent être en mesure de dire, « C'était du travail bien fait ». L'équipe peut considérer que l'effort d'amélioration de la qualité a réussi lorsqu'elle a des preuves que le problème a été réglé : les données montrent que le problème n'existe plus et que les changements (la solution) ont été incorporés aux procédures de routine. Les efforts d'amélioration de la qualité sont complets lorsque l'équipe est satisfaite de ses efforts et de leur efficacité.

## 7.5 Exemple de cas de résolution systématique de problème en équipe

Le personnel d'un centre de santé africain s'est rendu compte qu'un nombre important d'enfants qui avaient été soignés pour paludisme revenaient au dispensaire après le traitement initial sans qu'il y ait eu d'amélioration dans leur état. Lorsque les enfants ne sont pas complètement guéris, ils sont exposés aux risques associés à une absence de traitement ou à un traitement partiel du paludisme. Cette situation peut aussi amener les parents à penser que leurs enfants n'ont pas été convenablement soignés. Certains membres du personnel pensaient que peut-être les parents de donnaient pas la chloroquine à leurs enfants et la vendaient au marché. D'autres membres du personnel pensaient que peut-être les parents n'administraient pas le médicament correctement : peut-être n'avaient-ils pas compris les instructions, n'avaient-ils pas reçu d'instructions du personnel ou préféraient des injections et refusaient de donner des comprimés. Certains employés étaient mécontents car ils pensaient que certains de leurs collègues ne suivaient pas les protocoles de traitement – peut-être certains enfants auxquels on aurait dû donner de la chloroquine n'en recevaient-ils pas.

En outre, le directeur du centre de santé savait que l'approvisionnement en chloroquine était un problème chronique, étant donné que le ministère livrait seulement une quantité fixe de chloroquine de manière irrégulière, et jamais en quantité suffisante pour couvrir la totalité des cas. Le ministère affirmait que le centre de santé recevait la quantité correcte de chloroquine, compte tenu de sa population et des taux d'utilisation antérieurs. La disponibilité de la chloroquine était un vieux problème qui ne pouvait être réglé par le centre de santé.

Le directeur avait observé les agents de santé pendant qu'ils traitaient des patients et il s'était rendu compte que certains agents ne suivaient pas les directives de traitement. Les agents de santé affirmaient individuellement qu'ils respectaient les directives mais que peut-être leurs collègues ne le faisaient pas.

## Étape 1 : Identifier

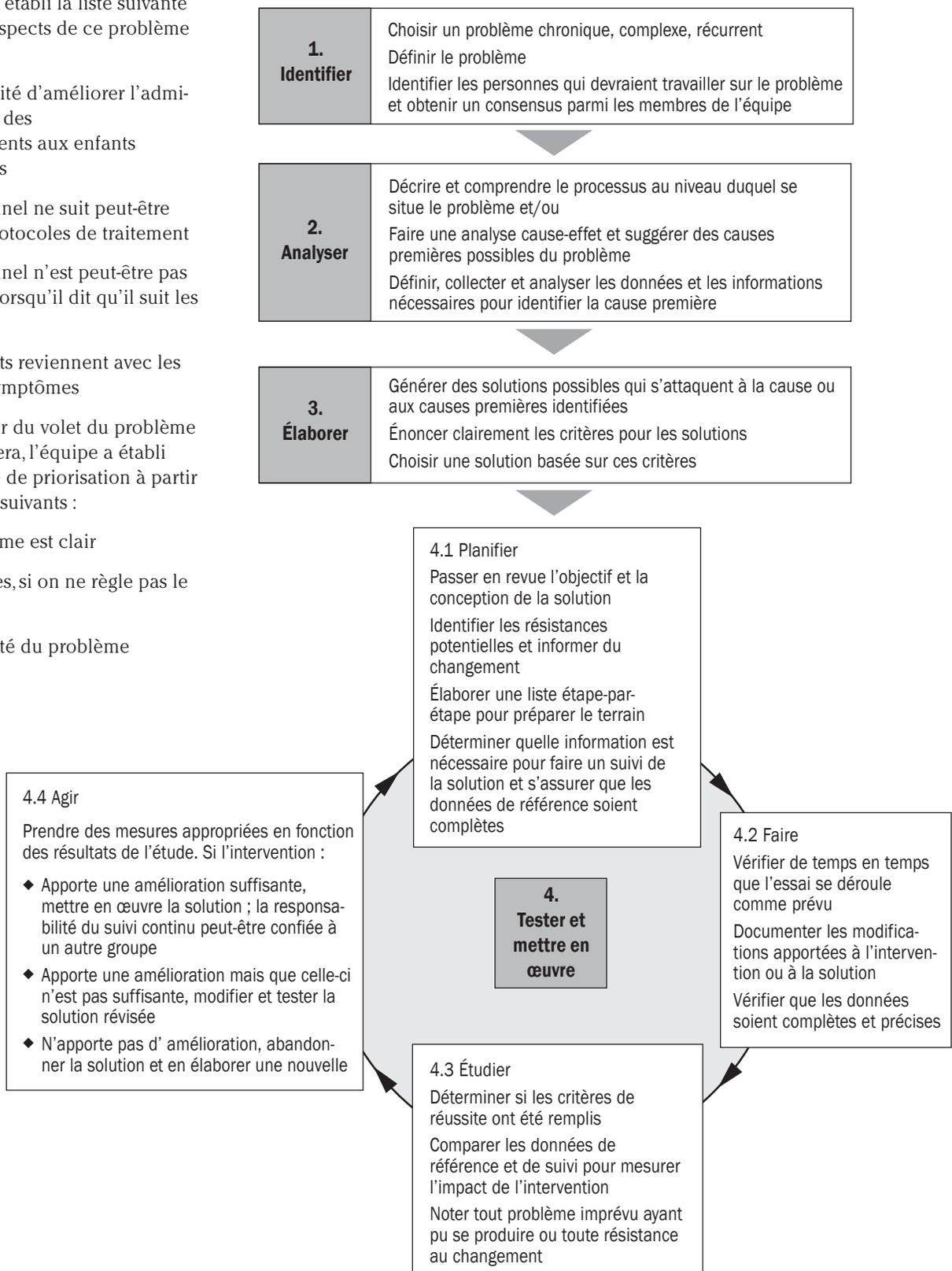
1. Identifier un but particulier. Le personnel a établi la liste suivante des divers aspects de ce problème complexe :

- ◆ La nécessité d'améliorer l'administration des médicaments aux enfants impaludés
- ◆ Le personnel ne suit peut-être pas les protocoles de traitement
- ◆ Le personnel n'est peut-être pas honnête lorsqu'il dit qu'il suit les directives
- ◆ Les enfants reviennent avec les mêmes symptômes

Pour décider du volet du problème qu'elle ciblera, l'équipe a établi une matrice de priorisation à partir des critères suivants :

- ◆ Le problème est clair
- ◆ Les risques, si on ne règle pas le problème
- ◆ La visibilité du problème

**Figure 7.2. Synthèse de l'approche de résolution systématique de problèmes en équipe**



**Tableau 7.1 Priorisation des problèmes**

Problèmes	Clair	Risque	Visibilité	Total
Administration des médicaments	4	5	4	13
Les protocoles de traitement ne sont pas suivis	3	5	3	11
Le personnel n'est pas honnête	1	5	1	7
Les enfants ont toujours les mêmes symptômes	1	5	5	11

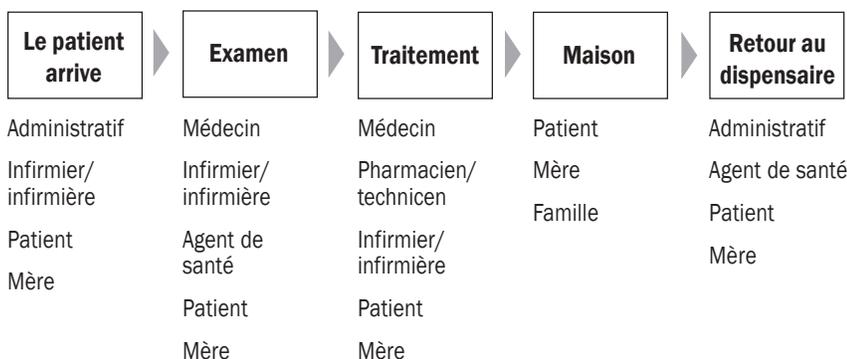
L'équipe a classé ces problèmes sur une échelle allant de 1 à 5 – 5 désignant le problème le plus évident, comportant le plus de risques et ayant le niveau de visibilité le plus élevé, comme le montre le *Tableau 7.1*.

**2. Définir le problème.** L'équipe a finalement retenu l'administration des médicaments comme étant le meilleur problème à régler. Elle a continué de clarifier le problème en rédigeant l'énoncé de problème suivant :

« Il existe une opportunité d'améliorer la gestion de l'administration des médicaments aux enfants impaludés, en commençant par l'agent de santé qui décide que l'enfant a besoin d'un médicament et en finissant avec l'enfant qui revient au centre en bonne santé pour une visite de suivi. Avec le processus actuel, beaucoup d'enfants ne sont pas guéris à l'issue du traitement initial. Une amélioration garantirait que les enfants prennent bien leurs doses orales complètes et qu'ils aillent mieux. »

**3. Identifier qui travaillera sur le problème.** Un organigramme détaillé représentant le processus d'administration des antipaludéens aux enfants (voir *Figure 7.2*) a aidé à identifier les personnes qui devraient faire partie de

**Figure 7.3 Organigramme détaillé du processus d'administration des antipaludéens**



l'équipe d'amélioration systématique de problème en équipe. On a déterminé que l'équipe devrait être constituée d'un employé administratif, d'un infirmier/infirmière, d'un médecin, d'un agent de santé, d'un pharmacien/technicien et d'une mère.

## Étape 2 : Analyser

**1. Décrire et comprendre le processus au niveau duquel se situe le problème.** Pour mieux comprendre la situation, l'équipe a dessiné un organigramme (*Figure 7.3*) pour repérer toute étape répétitive, manquante ou incongrue. Cette démarche a aidé l'équipe à comprendre le processus actuel et à voir quels problèmes pouvaient exister.

**2. Effectuer une analyse cause-effet.** L'équipe a effectué une analyse cause-effet pour toutes les causes possibles qui, de l'avis de ses membres, pouvaient expliquer pourquoi un enfant ne prend pas la dose appropriée du médicament et, de ce fait, ne va pas mieux lorsqu'il revient au centre de santé. Le centre a établi un diagramme en arête de poisson (*Figure 7.4*) pour mettre en évidence les causes premières possibles du problème en rapport avec l'administration d'antipaludéens.

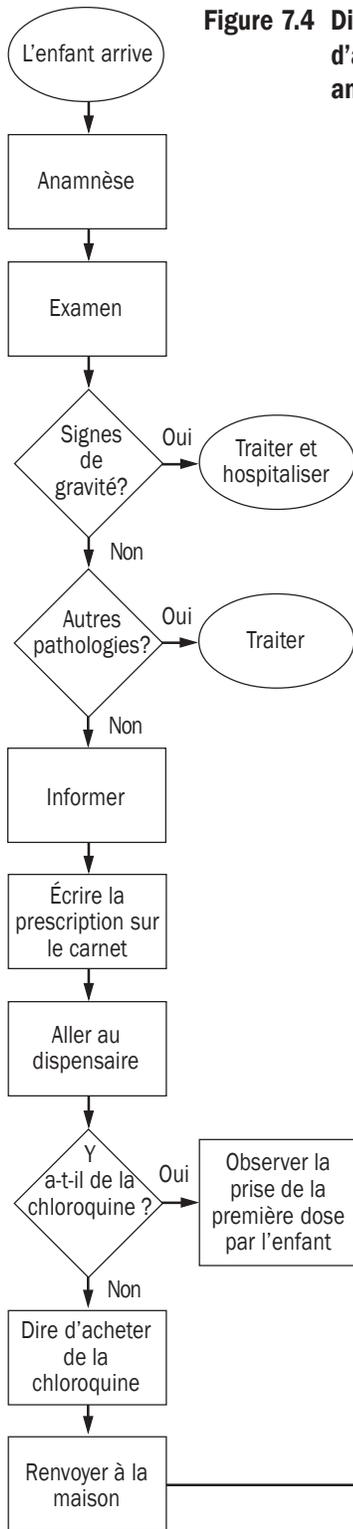
**3. Suggérer des causes premières possibles (hypothèses de causes) en fonction du processus et de l'analyse cause-effet.** L'équipe de résolution de problèmes a pu utiliser l'information issue de l'organigramme et de l'analyse cause-effet pour entamer la formulation d'hypothèses au sujet des causes premières afin d'expliquer pourquoi les enfants n'allaient pas mieux. L'équipe a fait connaître ses théories au sujet des causes premières du problème puis a posé des questions qui aideraient à préciser l'information dont elle avait besoin. Par exemple :

**Hypothèse :** Les agents de santé ne prescrivent pas de chloroquine pour les patients impaludés.

**Questions :** Combien de fois un diagnostic de paludisme est-il inscrit sur carnet de santé sans qu'il y ait prescription de chloroquine ?

**Hypothèse :** Les mères ne comprennent pas les instructions pour l'administration du médicament.

**Questions :** Combien de mères savent comment et quand administrer la chloroquine ? Si elles ne comprennent pas, est-ce que l'obstacle est d'ordre linguistique ?



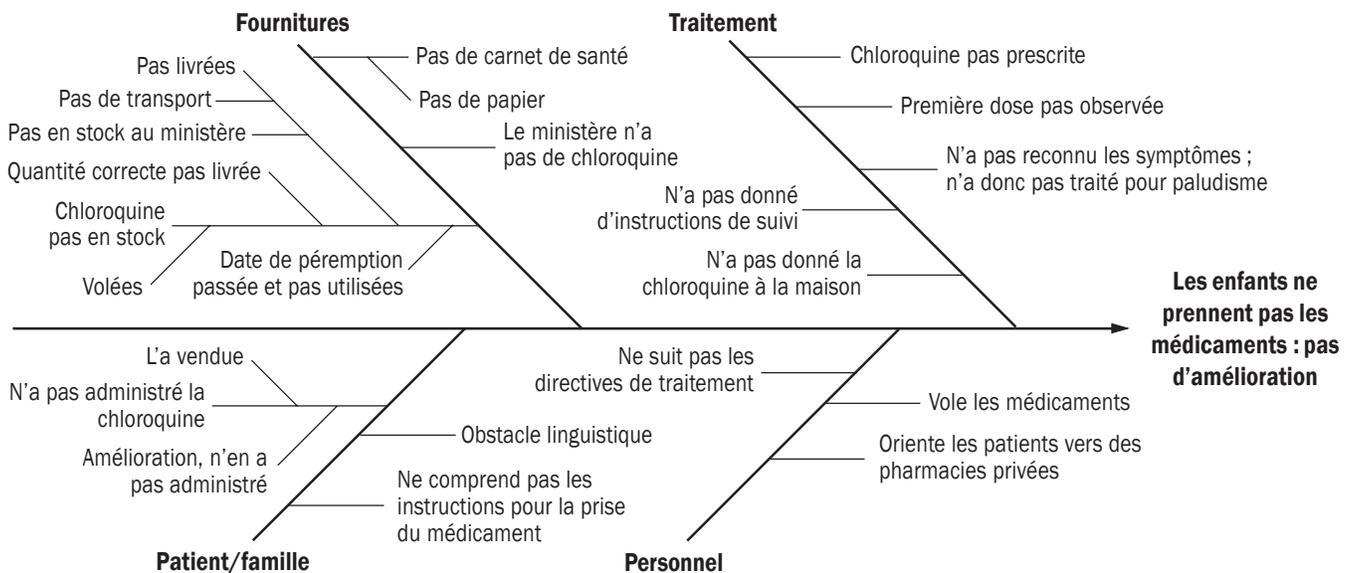
**Figure 7.4 Diagramme du processus d'administration des antipaludéens**

4. Définir les données nécessaires pour tester les théories relatives à la cause. L'équipe avait maintenant plusieurs théories qu'elle voulait tester. Elle voulait collecter des données, sur une brève période, pour tous les patients impaludés qui étaient traités, pour voir quelles théories pourraient être prouvées. Ses sources de données seraient les carnets de santé des patients, des entretiens avec les mères et les agents de santé et l'observation des agents de santé. Elle utiliserait un plan de collecte des données qui spécifierait exactement les données qui seraient collectées, qui les collecterait, et à quel moment.

L'équipe a aussi suggéré des méthodes d'analyse des données, étant donné qu'elle pouvait prédire quel mode de présentation des données aiderait à répondre aux questions. Par exemple, si elle voulait connaître des éléments d'un ensemble, comme le nombre d'enfants revenant au dispensaire qui allaient mieux, et le nombre d'enfants dont l'état ne s'était pas amélioré, elle pouvait présenter ce ratio par un diagramme à secteurs.

5. Collecter et analyser les données, identifier la cause première. L'équipe a ensuite conçu des fiches de contrôle pour préciser des détails relatifs à la collecte de données. Il y avait une fiche de contrôle que l'employé chargé de l'enregistrement gardait pour suivre les patients diagnostiqués comme souffrant du paludisme. La feuille suivait non seulement le nombre de patients auxquels on prescrivait de la chloroquine, mais aussi le nombre de mères qui pouvaient énoncer correctement les instructions, celles qui disaient ne pas avoir reçu d'instructions, et celles qui ne comprenaient pas les instructions pour une question de langue.

**Figure 7.5 Diagramme en arête de poisson sur les causes premières pouvant expliquer l'absence d'amélioration dans l'état de santé des enfants**



L'employé administratif avait aussi mis au point une autre fiche de contrôle pour suivre, par le nom des patients, le nombre d'enfants diagnostiqués comme souffrant du paludisme, s'ils étaient revenus ou non et quel était leur état lorsqu'ils sont revenus (amélioration ou pas d'amélioration).

Il y avait d'autres feuilles de contrôle, notamment pour suivre le nombre de patients qui avaient pris les trois doses, le nombre de patients qui n'avaient pas pris les trois doses, et les raisons pour lesquelles le traitement n'avait pas été suivi jusqu'au bout (Y avait-il de la chloroquine en stock ? Combien de patients venaient au dispensaire pour obtenir de la chloroquine et combien en recevaient ?). Enfin, les agents de santé étaient interrogés pour voir s'ils pouvaient énoncer correctement les instructions d'administration de la chloroquine.

Le *Tableau 7.2* présente certaines des données collectées par le biais des feuilles de contrôle.

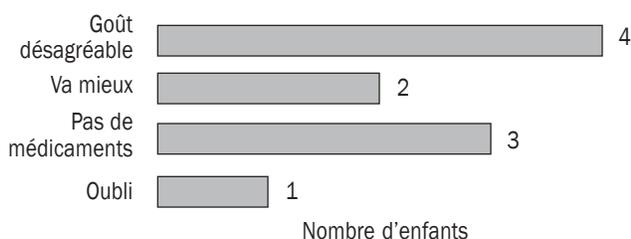
Étant donné que 43 pour cent seulement des enfants allaient mieux, des données ont également été collectées pour déterminer si les enfants avaient terminé ou non le traitement à la chloroquine prescrit. Même lorsqu'il y avait de la chloroquine, 48 pour cent des enfants (10 sur 21) qui revenaient pour un suivi n'avaient pas pris toutes leurs doses. La raison principale était que le comprimé avait un goût désagréable – la guérison du patient et l'oubli pur et

simple étaient d'autres raisons citées. Toutefois, lorsqu'on leur posait la question, 79 pour cent des mères n'étaient pas capables d'énoncer correctement la façon d'administrer le médicament, même si 38 pour cent seulement disaient que des agents de santé leur avaient donné des instructions.

**Tableau 7.2 Données recueillies au moyen des fiches de contrôle**

	Semaine				Total
	1	2	3	4	
Nombre de patients impaludés	6	8	5	10	29
Nombre de patients impaludés revenus pour un suivi	5	8	4	4	21
Nombre de patients impaludés dont l'état s'est amélioré	2	3	2	2	9
Nombre de patients impaludés dont l'état ne s'est pas amélioré	3	5	2	2	12
Nombre de fois où la chloroquine avait été prescrite	6	8	5	10	29

**Figure 7.6 Raisons pour lesquelles les enfants n'avaient pas pris le médicament**



L'équipe concluait que la cause première du problème tenait au caractère vague et incomplet des renseignements donnés aux mères pour l'administration de la chloroquine, en dépit du goût désagréable des comprimés ou de l'amélioration de l'état de l'enfant.

### Étape 3 : Élaborer

L'équipe reconnaissait que les mères avaient besoin de renseignements plus précis concernant la prise de la chloroquine avec des aliments, ou avec un parfum pour essayer de changer le goût et de faire en sorte que les trois doses complètes soient prises. L'équipe a procédé à un brainstorming sur les solutions possibles, et, utilisant les critères, elle a décidé, à partir d'une liste d'options, de faire une affiche pour informer les mères sur les aliments qui atténuent le goût du médicament. Des responsabilités spécifiques ont été attribuées : l'employé administratif et l'infirmière prépareraient l'affiche, et tous les infirmiers/infirmières, ainsi que le clinicien, en examineraient le contenu. On a demandé aux mères quels étaient les aliments qui atténuent le mieux le mauvais goût de la chloroquine. L'affiche a ensuite été préparée pour expliquer aux mères (au moyen de dessins faciles à comprendre pour elles) comment on pouvait masquer le goût de la chloroquine. L'équipe se fixait comme but de terminer l'affiche dans un délai de deux semaines.

### Étape 4 : Tester et mettre en œuvre

L'équipe a suivi les quatre étapes des essais et de la mise en œuvre : planifier, faire, étudier et agir.

#### 1. Planifier : Planifier la mise en œuvre de la solution.

L'équipe a identifié les causes de résistances potentielles, par exemple un excès de travail qui ne permettait pas aux gens d'exécuter le plan, ou l'impossibilité de s'entendre sur des aliments. Pour s'attaquer à la première raison, le

travail a été réorganisé pour que les personnes chargées de préparer l'affiche aient assez de temps pour le faire. Concernant l'autre question, le personnel a demandé aux mères quels aliments leurs enfants aimaient bien, qui seraient susceptibles de masquer le mauvais goût des comprimés. La personne en charge a vérifié auprès du pharmacien de l'hôpital que la chloroquine pouvait être administrée avec n'importe quel aliment.

2. Faire : Mise en œuvre de la solution. L'affiche a été terminée et placée sur un mur dans un délai de dix jours. Elle était positionnée de sorte que toutes les mères puissent la voir et prendre le temps de l'étudier.



Peggy Komiz-Boother 2001

3. Étudier : Faire un suivi pour déterminer si la solution a les effets voulus. Un mois après la mise en place de l'affiche, le personnel a entamé la collecte de données. Il a été agréablement surpris de noter que cette activité allait coïncider avec une livraison de chloroquine du ministère de la santé – en conséquence, le stock serait suffisant pour couvrir toute la période de collecte des données. Il a fallu une semaine et demie pour mesurer les résultats pour 20 enfants impaludés revenus pour un suivi : 14 sur les 20 (70 pour cent) avaient pris tous les médicaments, contre 48 pour cent auparavant.

4. Agir : Prendre des décisions concernant la mise en œuvre. L'équipe a attribué cette remarquable amélioration à l'affiche. Étant donné qu'on avait réussi à exercer une influence pour que les trois doses d'antipaludique soient prises, l'équipe a décidé que l'affiche était efficace et que le dispensaire pouvait continuer à l'utiliser.



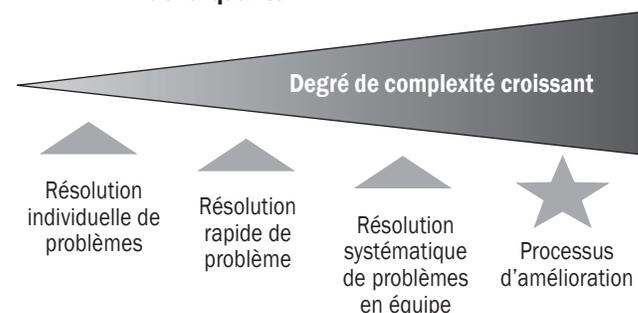
# 8 Approche D : Amélioration des processus

La plus complexe des quatre approches, l'amélioration des processus, se situe en fin de gamme. Elle implique habituellement des équipes permanentes qui s'identifient aux processus clés et en assument la responsabilité, et qui œuvrent en permanence pour leur amélioration. Les équipes d'amélioration des processus suivent l'évolution des processus dans le temps et apportent des améliorations sur le long terme sur la base des données de suivi. En d'autres termes, tandis que les autres équipes d'amélioration de la qualité se dissolvent une fois les étapes d'amélioration terminées, les équipes d'amélioration des processus restent en place pour faire un suivi de l'amélioration ou pour apporter des améliorations à d'autres aspects du processus. Cette continuité distingue l'amélioration des processus des autres approches d'AmQ.

Parce qu'il s'agit d'une approche d'AmQ avec des équipes permanentes, l'amélioration des processus est également une façon de gérer un service ou un processus. Les équipes d'amélioration des processus non seulement mettent en œuvre des activités d'amélioration, mais elles gèrent aussi d'autres équipes qui sont créées par l'équipe initiale. En plus de l'approche d'amélioration des processus, les équipes permanentes peuvent utiliser n'importe laquelle des autres approches d'AmQ pour s'adapter aux besoins d'amélioration très variés auxquels elles se trouveront confrontées un jour ou l'autre, et/ou pour s'attaquer à un processus particulier à l'intérieur d'un processus ou d'un système plus larges. Une équipe peut faire cela en se concentrant sur un processus particulier ou en formant des sous-équipes pour étudier l'aspect identifié. Ces sous-équipes peuvent être « ad hoc », c'est-à-dire qu'elles sont temporaires et qu'elles ont été créées spécifiquement pour ce besoin d'amélioration particulier. Par exemple, une équipe d'amélioration des processus pourrait établir, soit une équipe de résolution systématique de problèmes en équipe pour étudier un problème chronique, récurrent à l'intérieur d'un processus clé, soit une équipe ad hoc de résolution rapide de problèmes en équipe pour introduire une succession de petits changements dans le processus clé.

L'amélioration des processus ressemble beaucoup aux modèles du secteur manufacturier qui ont contribué à

Figure 8.1 La gamme des approches d'amélioration de la qualité



améliorer la fabrication de produits. Alors que cette théorie classique s'est concentrée sur les chaînes de production des usines, l'approche d'amélioration de la qualité décrite dans ce document a été adaptée pour s'attaquer au processus central (une gamme de services essentiels, comme la santé maternelle par exemple) dans des établissements ou des organisations de santé. Des équipes sont mises en place pour représenter, suivre et améliorer les différents éléments de ces gammes de services.

Dans le contexte du présent document, l'amélioration des processus désigne les changements qui sont apportés tout en conservant le processus existant. Bien que cela implique que l'on retranche des éléments du processus, qu'on en ajoute de nouveaux, que l'on réduise le gaspillage ou que l'on standardise le processus, les principaux éléments du processus restent inchangés. Le processus d'amélioration devrait être une approche proactive mettant en place des activités pour prévenir des problèmes et pas simplement pour réagir à ces problèmes. Prévenir les problèmes onéreux peut finir par se traduire par des économies dans le temps. En résumé, cette approche devrait être utilisée pour améliorer et suivre en permanence un processus, planifier pour l'avenir et remédier aux problèmes au fur et à mesure qu'ils apparaissent. L'amélioration des processus ne convient pas pour les problèmes qui exigent une attention rapide, comme une urgence ou des problèmes de sécurité.

Les équipes d'amélioration des processus travaillent habituellement dans plusieurs fonctions ou services à la fois, pour améliorer des processus complexes qui affectent le plus grand nombre de consommateurs internes et externes. Les équipes d'amélioration des processus comportent habituellement de cinq à sept personnes. Ces personnes devraient représenter toutes les personnes qui travaillent sur les divers aspects de ces processus. Ce point est important car, lorsque les patients sont soignés, ils reçoivent des services de plusieurs sources différentes : les prestataires de soins, le personnel administratif, le personnel d'entretien, etc.

Par exemple, une équipe d'amélioration des processus examinant une intervention chirurgicale pourrait inclure les personnels suivants : les infirmiers/infirmières qui représentent la préparation de l'opération, le personnel administratif qui participe à l'accueil et à la facturation, les chirurgiens qui exécutent l'intervention et le personnel de nettoyage qui stérilise le bloc opératoire. Le point le plus important est qu'une équipe, par sa composition, doit refléter les divers éléments d'un processus. L'amélioration des processus peut aussi porter sur un processus à l'intérieur d'un service, à condition que les autres services soient consultés pour l'élaboration et la mise en œuvre de tout changement.

Le processus d'amélioration met aussi l'accent sur la nécessité de comprendre les attentes des consommateurs externes. Leur participation aux équipes d'amélioration des processus aide à comprendre comment le processus peut être amélioré pour répondre à leurs besoins. Cet aspect, et plusieurs autres, de la nature de l'approche d'amélioration des processus signifient que cette approche ne convient pas, par exemple, aux situations d'urgence ou lorsqu'une question de sécurité est en jeu.

En résumé, utilisez l'amélioration des processus lorsque :

- ◆ Il est possible d'avoir des équipes
- ◆ Il existe un système de suivi ou il est possible d'en créer un
- ◆ Il faut une approche proactive, préventive
- ◆ Il n'y a pas lieu de s'occuper rapidement du processus clé (par exemple, il n'y a pas d'urgence ni de risques)

## 8.1 Étape 1 : Identifier

L'amélioration des processus cherche à apporter des améliorations en fonction des besoins des consommateurs. Souvent, la première étape de l'identification d'un processus à améliorer consiste à examiner la mission ou la vision de l'organisation pour déterminer dans quelle mesure les

### Synthèse : Critères pour un processus à cibler au moyen du processus d'amélioration

- ◆ Un processus clé (gamme de services) dans la prestation de soins
- ◆ Risque élevé
- ◆ Volume élevé
- ◆ Est sujet à des problèmes
- ◆ Apparent aux consommateurs et aux responsables
- ◆ Important pour les consommateurs et les responsables

services contribuent à cette mission ou à cette vision. Les processus qui ne contribuent pas à la mission de l'organisation sont de bons candidats pour une amélioration des processus.

Une équipe de gestion identifie et choisit habituellement le processus clé sur lequel se concentreront les efforts d'amélioration des processus. Les critères pour le choix d'un processus sont les suivants : (a) Il est essentiel à la prestation de soins ; (b) Il affecte un volume élevé de consommateurs internes et externes ; (c) Il pourrait engendrer des risques élevés s'il était négligé ; (d) Il est sujet à problèmes ; (e) Il est apparent au consommateur et aux responsables (se référer à la synthèse des critères).

L'approche de l'amélioration des processus en vue d'une amélioration de la qualité souligne l'importance d'un suivi du processus dans le temps. Il suffit de quelques indicateurs seulement qui mesurent les résultats, les effets et l'impact pour savoir si le processus fonctionne correctement. Pour trouver les indicateurs qui sont les plus utiles, les équipes doivent avoir une compréhension approfondie du processus. Par exemple, une équipe d'amélioration des processus travaillant sur la vaccination aurait besoin de membres ou des sous-groupes qui comprennent les divers éléments de ce processus, par exemple la réfrigération des vaccins, le transport des vaccins et le programme d'animation communautaire. Les représentants de chacun de ces volets peuvent aider à établir et à suivre des indicateurs (tels que les vérifications de la température des réfrigérateurs, les ruptures de stock des vaccins et les taux de couverture) pour faire un suivi de la qualité du processus de vaccination dans son ensemble (voir Tableau 8.1). Lorsque cela est possible, il conviendrait de créer des indicateurs permettant d'utiliser les données existantes pour éviter d'avoir à mettre en place des systèmes de collecte de données.

**Tableau 8.1 Échantillon d'indicateurs pour les processus clés d'un programme de vaccination**

Processus	Indicateur
Réfrigération des vaccins	Vérifications de la température des réfrigérateurs
Approvisionnement en vaccins	Pourcentage des ruptures de stocks
Programme d'animation communautaire	Taux de couverture

S'il n'existe pas de système de données ou s'il est insuffisant, un système de suivi doit être mis en place pour mesurer les indicateurs pertinents dans la durée. Ce système n'a pas nécessairement à collecter des données dans toute l'institution ou l'établissement, mais il peut se concentrer sur des aspects qui sont importants pour l'objectif d'amélioration des processus. Une fois qu'un système de suivi a été mis en place, il est essentiel que les données initiales soient analysées pour avoir une base d'informations de référence. Ces données de référence aident les équipes d'amélioration des processus à comprendre l'état actuel du processus, à voir si le processus est à même de fonctionner et, plus tard, à comparer les données post-interventions pour détecter des changements.

En résumé, l'étape « Identifier » pour l'amélioration des processus établit : (a) Les éléments sur lesquels il faut travailler compte tenu des besoins des consommateurs ; (b) Les personnes qui feront partie de l'équipe et les critères pour en faire partie ; et (c) Les indicateurs à retenir. Cela exige aussi la mise en place d'un système de suivi si les données ne sont pas suffisantes.

## 8.2 Étape 2 : Analyser

L'approche de l'amélioration des processus est différente des autres approches d'AmQ car elle implique un suivi régulier des principaux indicateurs dans la durée. Les données régulièrement analysées comprennent notamment des informations sur les performances des processus clés et sur les consommateurs. Des diagrammes de fréquence-temps (décrits au Chapitre 9) sont habituellement utilisés pour illustrer ces informations et pour observer la performance dans le temps.

L'analyse régulière de ces informations ne découle pas exclusivement de l'amélioration des processus mais aussi d'une philosophie de gestion qui se préoccupe des performances et qui apprécie l'opinion des consommateurs. En

conséquence, des données sont activement recherchées et elles ne proviennent pas uniquement de données existantes. Par exemple, les données relatives aux consommateurs ne seraient pas dérivées exclusivement de la rétroinformation de ceux-ci, mais on chercherait activement à les obtenir en incluant des consommateurs au sein des équipes d'amélioration des processus.

En plus de l'analyse des données, les équipes d'amélioration des processus mesurent aussi les extrants d'un système et évaluent les progrès des équipes ad hoc qui ont été créées.

Les équipes d'amélioration des processus peuvent utiliser des données pour déterminer l'endroit où se situent des problèmes à l'intérieur du processus identifié. Le système de suivi établi peut fournir suffisamment d'informations pour la prise de décisions. Parfois cependant, même un système compliqué de suivi ne permet pas d'obtenir toutes les informations nécessaires. Par exemple, si l'on veut analyser de manière plus exhaustive un point faible du système, il faudra peut-être créer un sous-ensemble de données pour étudier ce point plus en profondeur. Dans ce cas, on pourrait établir un nouvel indicateur, soit temporairement soit de manière permanente, pour suivre les améliorations sur l'aspect étudié.

Si un point faible à l'intérieur d'un processus est identifié et analysé, l'équipe d'amélioration des processus peut décider de continuer à travailler sur cette question en équipe ou elle peut confier cette tâche à une autre équipe. Cette décision dépend de la réponse à deux questions : (1) Est-il possible de faire un suivi du point faible en continu (équipe d'amélioration des processus) ou de manière temporaire (équipe ad hoc) ? et (2) Les personnes clés pour cet aspect particulier sont-elles représentées au sein de l'équipe d'amélioration des processus ? Si le deuxième critère n'est pas rempli et qu'un suivi temporaire est insuffisant, une sous-équipe distincte doit être créée pour fournir à l'équipe d'amélioration des processus des informations que celle-ci utilisera pour prendre ses décisions.

L'étape « Analyser » de l'amélioration des processus met l'accent sur la nécessité de comprendre le processus actuel. Comme nous l'avons déjà mentionné, il existe un certain nombre d'outils qui permettent aux équipes d'analyser plus en profondeur les points identifiés par le biais du système de suivi dans la durée ou à l'occasion d'événements malencontreux. Premièrement, *l'organigramme* présente chacune des étapes d'un processus pour voir s'il existe des retards ou des doublons. Il est important de le savoir pour comprendre la façon dont un processus peut être amélioré pour mieux répondre aux besoins des consommateurs.

---

---

Un autre outil qui aide à analyser les processus est *l'analyse cause-effet*. Cette analyse aide les équipes à trouver des causes possibles pour le problème identifié, et bien que les causes énoncées soient des hypothèses et qu'elles puissent s'avérer inexactes par la suite, l'analyse cause-effet est utile à ce stade pour donner une idée plus vaste du problème.

*L'analyse des causes premières* peut alors déterminer, parmi les causes supposées, celle qui contribue le plus au problème qui se pose.

Enfin, *la modélisation des systèmes* examine les ressources requises pour engager un processus (intrants), les activités

---

---

### *Exemple de cas : Équipe d'amélioration des processus : Tver Oblast, Russie*

Une équipe d'amélioration des processus s'est constituée pour améliorer la qualité des soins aux nouveau-nés souffrant du syndrome de détresse respiratoire (SDR). En examinant les données existantes, l'équipe a constaté que les soins dispensés dans les 42 hôpitaux de l'Oblast n'étaient pas satisfaisants – comme en attestait le fait que 67 pour cent de décès de nouveau-nés étaient imputables au SDR.

L'équipe d'amélioration des processus a passé en revue la documentation basée sur des preuves pour mettre au point des directives et elle a découvert qu'il serait probablement impossible de fournir les interventions nécessaires pour assurer des soins adéquats dans les 42 centres. Même si cela était possible, il n'y avait pas assez de nouveau-nés pour permettre aux prestataires de mettre en pratique et d'entretenir leur savoir-faire.

L'équipe a convenu d'élaborer un système de soins unique, en repensant le système existant pour en faire un système à trois niveaux : réanimation des nouveau-nés, transport et, par la suite, soins au centre. La même équipe a continué de travailler sur la réorganisation, et après avoir amélioré le système, elle suit toujours les progrès en continu et applique les changements nécessaires.

Cette expérience est un exemple de la manière dont une initiative peut évoluer vers la refonte d'un système et l'introduction de changements radicaux.

qui transforment ces ressources en produits (processus) et l'effet de ce processus sur les clients (résultats). La modélisation des systèmes aide les équipes à comprendre la relation entre ces éléments du système et à générer des idées pour mettre en évidence les points qui exigeront davantage d'analyse et de données. Le Chapitre 9 fournit de plus amples renseignements à propos de ces outils.

Des outils tels que l'organigramme, l'analyse cause-effet et la modélisation des systèmes aident les équipes à comprendre les données dont elles ont besoin pour mener à bien l'approche d'amélioration des processus. Un système de suivi fiable est essentiel pour cette approche afin que les équipes puissent suivre régulièrement les indicateurs clés pour améliorer le processus en permanence. En conséquence, s'il existe déjà un système de données, les équipes doivent en évaluer le contenu, la validité et la fiabilité pour déterminer s'il doit être affiné pour répondre aux besoins de suivi. Les données collectées par le passé peuvent être analysées rétrospectivement pour déterminer si les processus sont impossibles à maîtriser et à quel niveau – cette information peut ensuite aider les équipes à comparer la performance de leur processus avec d'autres processus semblables afin de mettre les faiblesses en évidence.

## 8.3 Étape 3 : Élaborer

Les interventions élaborées en matière d'amélioration des processus se basent sur les conclusions des équipes d'amélioration des processus ou d'équipes ad hoc durant l'étape «Analyser». Si une équipe ad hoc est responsable d'un élément particulier d'un processus, elle peut, soit passer à l'élaboration d'interventions, soit fournir des recommandations à l'équipe d'amélioration des processus pour que celle-ci s'en charge. Les interventions sont élaborées séparément mais avec l'idée que des changements efficaces seront mis en œuvre ensemble pour changer et améliorer le processus.

Dans le cadre de l'amélioration des processus, les problèmes à cibler peuvent avoir divers degrés de complexité. Le niveau de complexité détermine l'ampleur des changements qui seront apportés au processus. Des problèmes complexes peuvent impliquer l'élaboration de solutions qui changent complètement le processus initial (se reporter à l'exemple de Tver Oblast) ; ce changement radical pourrait être mis en évidence par un changement dans un organigramme précis, après une intervention. Ce niveau de changement à l'intérieur d'un processus n'est pas abordé dans ce document. Référez-vous au document sur la refonte des processus pour plus de détails concernant l'élaboration de solutions pour ce niveau de complexité (Knebel *et al.* 2001 ; et/ou [www.qaproject.org](http://www.qaproject.org)).

---

---

Les solutions mises au point par les équipes d'amélioration de la qualité introduisent des changements dans un processus sans modifier le processus existant. Tandis que les solutions chercheraient à ajouter ou à retrancher des éléments du processus, à réduire le gaspillage ou à standardiser le processus, les principales parties du processus resteraient les mêmes. En d'autres termes, alors qu'un organigramme général resterait inchangé, un organigramme détaillé pourrait changer considérablement. Ces modifications pourraient remédier aux problèmes se posant à l'intérieur de parties d'un processus ou lors de transitions d'un élément à un autre.

Un exemple fréquent est la perte des dossiers des patients. Les dossiers ne s'égarer pas habituellement lorsque quelqu'un les utilise mais plutôt lorsqu'ils passent d'un agent de santé à un autre, ou lors de leur ré-archivage. Une équipe d'amélioration des processus essayant de réduire le nombre de dossiers perdus ne chercherait pas à aider les médecins et les infirmières à ne pas égarer les dossiers, mais plutôt à établir un système clair pour coordonner la transmission des dossiers d'un agent à l'autre et pour veiller à ce qu'ils soient convenablement classés. Tout le monde fait les choses à sa façon et les résultats obtenus sont donc différents. En conséquence, les processus de standardisation donnent aux gens des directives *implicites* (qui ne sont pas officiellement écrites) et *explicites* (écrites de manière officielle) à suivre, ce qui rend l'extrait – la qualité des soins – plus prévisible et plus régulier.

## 8.4 Étape 4 : Tester et mettre en œuvre

**Planifier :** Planifier l'essai. S'il y a plus d'une intervention, les équipes d'amélioration des processus peuvent prévoir de les tester ensemble ou séparément dans un processus. Dans les deux cas, il est toujours important de : (a) s'assurer que toutes les personnes impliquées comprennent clairement le ou les changements ; et (b) vérifier que les données de références soient complètes.

**Faire :** Effectuer l'essai. Si l'équipe décide de tester les interventions ensemble, celles-ci seront combinées et testées toutes à la fois. Les interventions testées séparément seront toutefois ajoutées au processus les unes après les autres pour mesurer la capacité de chaque intervention à améliorer le processus.

Tout comme pour les autres approches d'AmQ, il convient de suivre les étapes suivantes : (a) Tester l'intervention ou les interventions ; (b) Documenter les modifications apportées à l'intervention ou aux interventions ; et (c) Vérifier que les données soient complètes et précises.

**Étudier : Collecter et analyser les données.** Les données du système de suivi ou les données complémentaires indiquent si les interventions ont été efficaces. La comparaison des données avant et après l'essai démontre l'impact de l'intervention sur la performance du processus. En étudiant l'impact d'une intervention pour l'amélioration des processus, il faudrait : (a) Vérifier que l'intervention ait été testée en fonction du plan initial ; (b) Comparer les données de référence et de suivi pour mesurer l'impact de l'intervention ; et (c) Comparer les résultats obtenus avec les résultats prévus ou souhaités.

**Agir : Décider de la voie à suivre en fonction des résultats des étapes précédentes.** À ce stade, les équipes d'amélioration des processus ou les équipes ad hoc qui ont été formées passent en revue les enseignements qu'elles ont tirés des étapes précédentes et décident comment procéder. En fonction des résultats de l'essai précédent, l'équipe décide de mettre en œuvre, de modifier ou d'abandonner l'intervention. Là encore, cela dépend si l'équipe a décidé de tester les interventions ensemble ou séparément. Si les interventions sont testées ensemble, l'équipe décide comment elle procédera pour la série complète d'interventions. Si les interventions ont été testées séparément toutefois, l'équipe décide des interventions qu'elle gardera, qu'elle modifiera et qu'elle abandonnera, et elle agira ensuite en conséquence.

Cette décision est guidée par deux questions : (a) Est-ce que l'intervention apporte des améliorations ? et (b) Dans l'affirmative, l'amélioration est-elle suffisante ? Les améliorations sont considérées comme suffisantes si elles parviennent à un niveau de référence (benchmark) ou si le niveau de performance est satisfaisant pour l'équipe ou pour les responsables.

En fonction des réponses à ces questions, l'équipe procédera comme suit :

1. *Si l'intervention mène à une amélioration suffisante :* (a) Mettre en œuvre l'intervention ou les interventions en tant qu'éléments permanents du système ; (b) Continuer de suivre la performance du processus comme s'il s'agissait d'un élément de la collecte continue de données, ou recruter une équipe ad hoc pour le faire ; et (c) Continuer les améliorations en fonction des résultats de ce suivi.

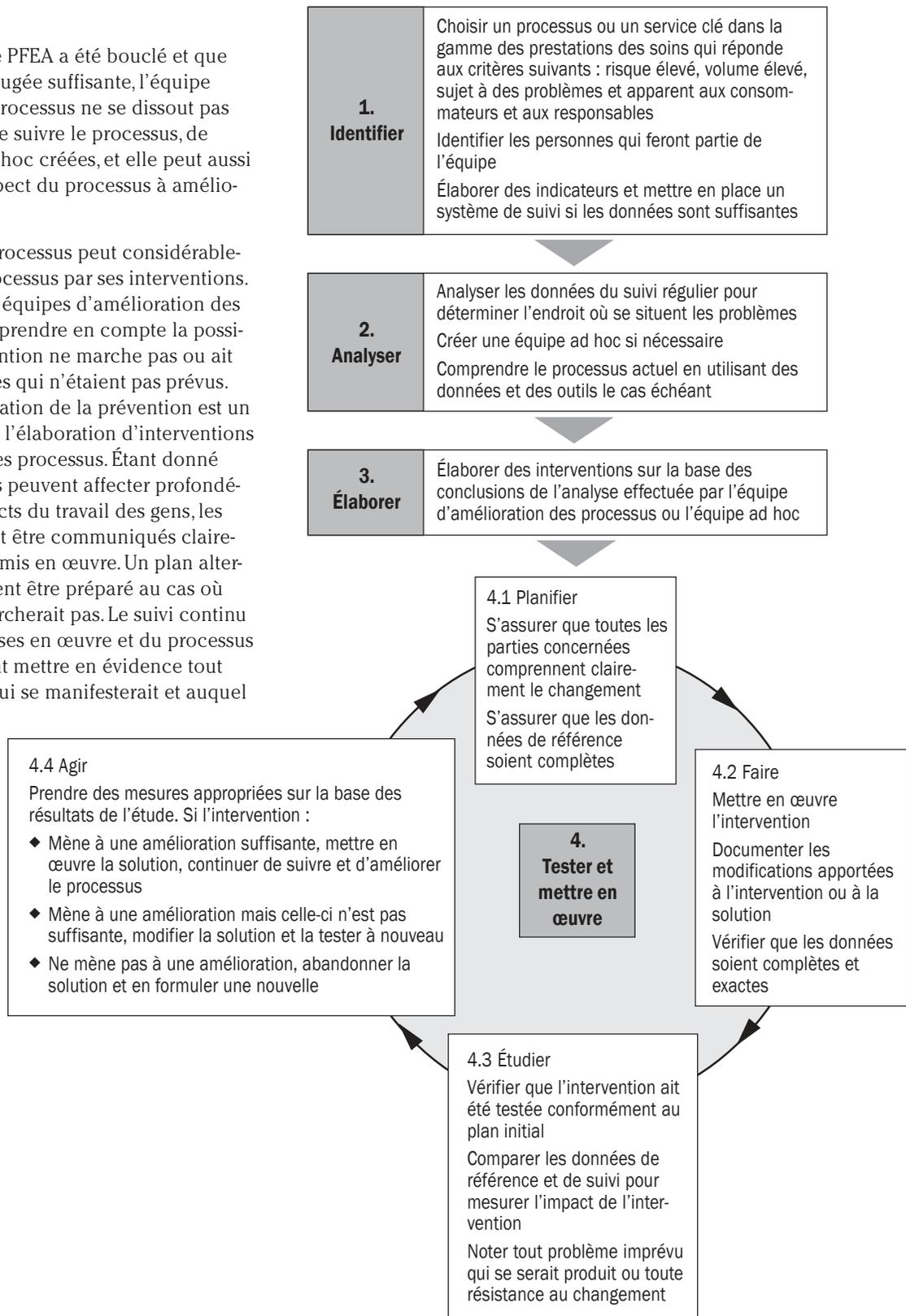
2. *Si l'intervention mène à des améliorations mais que celles-ci ne sont pas suffisantes :* (a) Adapter la ou les interventions et répéter l'Étape 4 pour tester toute intervention modifiée ; (b) Utiliser une stratégie de changement connue et/ou (c) Comprendre que le problème puisse avoir des causes multiples et qu'il faudra peut-être envisager une stratégie pour en découvrir la cause première.

Si l'intervention *ne mène pas* à une amélioration :  
Élaborer une nouvelle intervention à tester et à mettre en œuvre.

Une fois que le cycle PFEA a été bouclé et que l'amélioration a été jugée suffisante, l'équipe d'amélioration des processus ne se dissout pas mais elle continue de suivre le processus, de gérer les équipes ad hoc créées, et elle peut aussi passer à un autre aspect du processus à améliorer.

L'amélioration des processus peut considérablement changer un processus par ses interventions. En conséquence, les équipes d'amélioration des processus devraient prendre en compte la possibilité qu'une intervention ne marche pas ou ait des effets secondaires qui n'étaient pas prévus. De ce fait, la planification de la prévention est un élément essentiel de l'élaboration d'interventions visant à améliorer des processus. Étant donné que les interventions peuvent affecter profondément différents aspects du travail des gens, les changements doivent être communiqués clairement et avant d'être mis en œuvre. Un plan alternatif devrait également être préparé au cas où l'intervention ne marcherait pas. Le suivi continu des interventions mises en œuvre et du processus clé devrait également mettre en évidence tout problème imprévu qui se manifesterait et auquel il faudrait remédier.

**Figure 8.2 Synthèse de l'approche d'amélioration des processus**



## 8.5 Exemple de cas de l'amélioration des processus

Cet exemple illustre la manière dont une équipe d'amélioration de la qualité a suivi et mis en œuvre la prestation de soins de santé maternelle.

Un hôpital provincial d'une zone urbaine a des services d'OB/GYN et des services de soins ambulatoires pour prendre en charge les nombreux patients référés par des établissements de districts ou de soins primaires. La salle de travail dispose de certaines ressources pour répondre à cette demande, par exemple un médecin qui a des compétences en obstétrique, des infirmières formées et des sages-femmes qui fournissent une assistance pour les accouchements de routine.

Une équipe d'amélioration des processus suit les soins maternels dispensés dans l'hôpital pour surveiller la prestation de soins prénatals, les accouchements et les soins post partum. L'équipe est constituée d'un médecin, d'une assistante médicale, de deux sages-femmes et d'une personne représentant le bloc opératoire. L'équipe d'amélioration des processus comprend aussi la responsable d'un groupe de femmes qui représente les opinions des patients extérieurs.

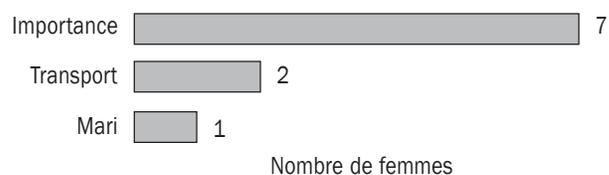
**Étape 1 : Identifier.** L'équipe d'amélioration des processus a étudié l'information recueillie à partir du suivi de routine des services de santé maternelle. En analysant les données relatives aux soins postnatals, l'équipe a noté que 20 pour cent seulement des femmes revenaient pour une visite de suivi en soins maternels. Cette constatation préoccupait l'équipe d'amélioration des processus, étant donné que les soins postnatals permettent aux prestataires de vérifier que l'utérus et le col ont bien retrouvé leurs dimensions normales et de donner des conseils dans le domaine de la contraception, sur les différentes options qui permettent d'espacer les naissances. Compte tenu des risques encourus par les patientes qui ne reçoivent pas de soins postnatals, l'équipe d'amélioration des processus a conclu que ces soins étaient essentiels en matière de santé maternelle, et que les négliger poserait un risque pour la santé des patientes. Pour cette raison, l'équipe a décidé de continuer à étudier la question et elle est passée à l'étape suivante de l'analyse.

**Étape 2 : Analyser.** Au début, certains membres de l'équipe pensaient que l'infirmière et les sages-femmes avaient peut-être oublié d'informer les femmes de l'importance des soins postnatals, mais ces agents de santé affirmaient au reste de l'équipe qu'ils insistaient régulièrement sur ce point. L'équipe d'amélioration des processus a proposé une solution simple et rapide pour savoir pourquoi les femmes ne revenaient pas pour un suivi post-partum.

Elle a choisi au hasard 10 femmes qui avaient pris un rendez-vous mais qui ne s'étaient pas présentées pour leur visite de retour six semaines après l'accouchement. Deux membres de l'équipe se sont rendus dans les communautés pour demander aux femmes pourquoi elles n'étaient pas venues. Elles citaient notamment les raisons suivantes : Elles ne savaient pas que la visite de suivi était importante ; Elles n'avaient pas de moyens de transport ; Leur mari ne leur avait pas permis de venir. L'équipe a préparé un graphique pour illustrer la fréquence de chaque raison (Figure 8.3) et le fait que la plupart des femmes ne comprenaient pas l'importance du rendez-vous postnatal.

**Étape 3 : Élaborer.** Sur la base de cette information, l'équipe d'amélioration des processus a décidé de mettre au point une intervention qui ne se limiterait pas à dire aux femmes de venir pour leur rendez-vous postnatal, mais qui expliquerait aussi l'importance de ces visites. Travaillant ensemble, l'équipe a décidé qu'une campagne d'information, éducation et communication (IEC) pourrait fournir en continu une information cruciale sur les soins postnatals aux femmes, tout au long de la grossesse et après l'accouchement. La campagne d'IEC commencerait pendant le counseling prénatal et elle serait à nouveau mise en avant lors du counseling postnatal avec la sage-femme. Cette intervention avait pour but de communiquer un message continu aux femmes sur l'importance des soins postnatals, pour que les rendez-vous postnatals soient respectés.

**Figure 8.3 Raisons citées pour avoir manqué le rendez-vous postnatal**



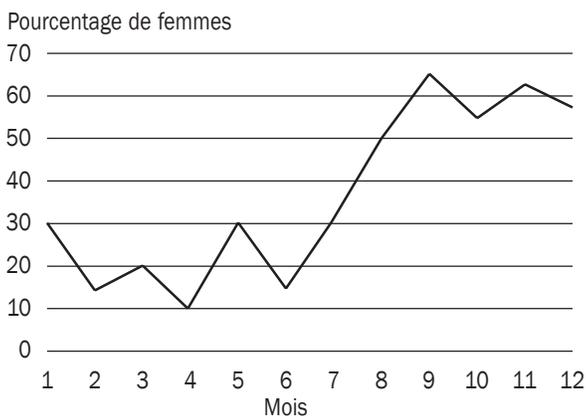
**Étape 4 : Tester et mettre en œuvre.** L'équipe d'amélioration des processus a ajouté la distribution de matériel d'IEC à la procédure standard pour le counseling prénatal et postnatal. Les sages-femmes ont suivi une formation pour apprendre à utiliser le nouveau matériel d'IEC et on leur a demandé de l'essayer avec chaque patiente. L'équipe a ensuite suivi le respect des rendez-vous postnatals pendant les trois mois suivants et elle a constaté avec satisfaction qu'il y avait une amélioration progressive. Elle a attribué cette amélioration à l'utilisation du matériel d'IEC.

L'équipe d'amélioration des processus a continué de suivre l'ensemble du processus des soins de santé maternelle,

y compris les soins postnatals. Elle a noté qu'après une amélioration initiale du respect des rendez-vous postnatals – le taux était passé de 20 pour cent à 60 pour cent – le niveau ne progressait plus après quelques mois. L'équipe a estimé qu'on pouvait faire mieux que 60 pour cent et elle a décidé en conséquence de se pencher à nouveau sur la question et de recommencer les étapes de l'amélioration des processus.

**Étape 1 : Identifier.** Grâce au suivi de routine de l'indicateur qu'elle avait mis en œuvre six mois plus tôt, l'équipe a mis en évidence le faible taux de respect des rendez-vous postnatals.

**Figure 8.4 Pourcentage de femmes qui reviennent pour leurs rendez-vous**



**Étape 2 : Analyser.** L'équipe a refait l'analyse qui avait déjà été effectuée pour découvrir les raisons du taux encore insuffisant du respect des rendez-vous postnatals. Des entretiens avec 10 femmes ont révélé que la majorité des femmes ne revenaient pas parce qu'il n'était pas pratique pour elles d'avoir un rendez-vous l'après-midi. D'autres femmes ont indiqué qu'elles n'avaient pas de moyens de transport ou que leur mari ne les avait pas autorisées à revenir. Ces raisons sont illustrées à la *Figure 8.5*.

**Figure 8.5 Raisons citées par les femmes pour avoir manqué le rendez-vous : Deuxième cycle**



Karen Astrow 2001

**Étape 3 : Élaborer.** L'équipe d'amélioration des processus, décidant que la question des heures de rendez-vous pouvait être réglée par une équipe ad hoc d'AmQ, en a créé une pour élaborer, tester et mettre en œuvre une solution. Le médecin et la sage-femme qui assuraient les visites postnatals ont formé une équipe avec le personnel administratif pour mettre au point une solution. Ils ont décidé d'essayer de proposer des rendez-vous postnatals à un moment plus pratique pour les femmes.

**Étape 4 : Tester et mettre en œuvre.** L'équipe ad hoc a testé la solution des visites en matinée en donnant aux patientes le choix entre un rendez-vous l'après-midi ou le matin pour leurs soins postnatals. Elle a ensuite continué de suivre la fréquentation en fonction du moment de la journée où ce service était proposé. La fréquentation est passée de 60 pour cent à 75 pour cent en quelques mois seulement. Étant donné que ce nouvel horaire semblait améliorer la fréquentation des femmes post-partum, l'équipe ad hoc a conseillé à l'équipe d'amélioration des processus d'appliquer cet horaire dans le cadre du processus régulier.

# 9 Outils d'amélioration de la qualité

CE chapitre présente en détail plusieurs outils et activités qui faciliteront le travail des équipes et des individus dans le domaine de l'amélioration la qualité<sup>10</sup>. On peut utiliser un seul de ces outils et activités, ou plusieurs d'entre eux simultanément afin d'identifier et d'analyser des problèmes et d'élaborer, tester et mettre en œuvre des solutions à ces problèmes. Bien que ces outils et activités puissent être utilisés par des équipes ou des individus à tout moment, le *Tableau 9.1* indique le stade auquel chacun de ces outils ou activités sera le plus utile dans le cadre d'efforts d'amélioration de la qualité.

## 9.1 Collecte de données

La collecte de données est un volet important – et souvent nécessaire – de l'amélioration de la qualité. Elle devient nécessaire lorsque les données existantes ne sont pas suffisantes pour identifier ou analyser les problèmes ou pour élaborer, tester ou mettre en œuvre des solutions à ces problèmes. Elle aide aussi souvent à maximiser l'utilité des outils d'AmQ.

Les données tant *qualitatives* que *quantitatives* nous aident à comprendre la situation dans laquelle existe un problème, à tester les hypothèses et à démontrer l'efficacité des interventions. Les données qualitatives utilisent des mots pour décrire une situation et peuvent fournir des renseignements exhaustifs quant aux raisons d'un problème. Ce type de données est collecté au moyen de diverses techniques, telles que des groupes de discussion dirigée, des entretiens non structurés, une observation et des jeux de rôles. Les données quantitatives décrivent le problème au moyen de chiffres et fournissent une information telle que des moyennes ou la variabilité. La collecte de données quantitatives se fait grâce à une vaste gamme de méthodes, notamment un échantillonnage d'enquête formel et la revue de données existantes.

<sup>10</sup> Ce chapitre est une remise à jour d'une monographie de Miller Franco et al. (1997). Il comprend des exemples récents d'outils d'AmQ utilisés dans le cadre du Projet d'amélioration de la qualité. Pour d'autres renseignements sur les outils d'amélioration de la qualité, voir *Quality Assurance Theory and Tools Kit* (Knebel et al. 2001), également réalisé par le Projet d'AmQ.

**Tableau 9.1 Outils et activités d'amélioration de la qualité**

Outils et activités	Étape 1: Identifier	Étape 2: Analyser	Étape 3: Élaborer	Étape 4: Tester et mettre en œuvre
Collecte de données	X	X	X	X
Brainstorming	X	X	X	
Analyse des affinités	X	X	X	
Techniques de réflexion créative	X		X	
Outils de priorisation :				
Mise aux voix				
Matrices de priorisation	X	X	X	
Prise de décisions par des experts	X	X	X	X
Modélisation des systèmes	X	X		X
Organigramme	X	X	X	X
Analyse de cause-effet		X		
Analyse des champs de forces		X		X
Outils statistiques et de présentation des données :				
Diagrammes en bâtons et à secteurs	X	X		X
Graphique de fréquence-temps	X	X		X
Graphique de contrôle	X	X	X	X
Histogramme		X		X
Diagrammes de dispersion		X		X
Analyse de Pareto	X	X		X
Fenêtre du client	X		X	
Benchmarking	X		X	
Graphique de Gantt		X		X
Chronique de l'AQ	X	X	X	X

---

---

## Quand utiliser les données existantes ?

Le moyen le plus efficace et le plus économique d'utiliser des données est souvent d'analyser les données existantes. Par exemple, les données recueillies sur une base régulière peuvent indiquer les caractéristiques des clients externes ou le pourcentage de patients qui reviennent pour des visites de suivi. Comme exemples des données existantes, on peut citer : les données provenant des dossiers médicaux des patients, les registres des établissements, les comptes rendus des systèmes d'information sanitaire (voir Bouchet 2000 pour une présentation détaillée des sources et des utilisations des données). Les membres de l'organisation, lorsqu'ils commenceront à évaluer les besoins en vue d'une amélioration de la qualité, pourraient refuser de voir la réalité en face. Cette revue des données existantes les aidera à avoir une vision plus objective. Les données peuvent également être utilisées pour changer les attitudes : au lieu de blâmer autrui, on pourra se concentrer désormais sur l'amélioration du processus ou du système dans leur ensemble. Utilisez les données existantes lorsque : (a) il existe déjà des données pertinentes disponibles ; (b) on ne dispose pas de suffisamment de temps ni d'argent pour collecter des données ; et/ou (c) on a besoin de preuves ou de crédibilité.

## Comment collecter les données ?

Si les données existantes ne sont pas précises ou ne fournissent pas assez de renseignements, ou le genre de renseignements dont on a besoin, il faudra peut-être collecter des données. Les méthodes courantes de collecte de données comprennent notamment mais sans s'y limiter :

*L'observation directe* qui consiste à observer et à noter le comportement des prestataires de services et des consommateurs extérieurs, et/ou les interactions entre eux. Une façon d'observer ces interactions consiste à se faire passer pour un patient. Ainsi, un observateur formé se présente dans un établissement de santé comme s'il était un patient venu pour se faire soigner. Cette technique permet à l'observateur d'évaluer les services effectivement fournis et la manière dont les patients sont traités.

*La rétroinformation du consommateur* peut être obtenue de plusieurs façons, par exemple, par le biais de fiches sur lesquelles les patients peuvent écrire leurs commentaires, ou par celui des entretiens à la sortie d'établissements. L'information sur la manière dont les consommateurs perçoivent les services de santé ou la manière dont ces services pourraient mieux répondre à leurs besoins aide à identifier les possibilités d'amélioration.

*Les entretiens avec les prestataires de soins de santé* sont également un moyen d'obtenir des informations, à travers des questions qui invitent des réponses brèves (« Oui », « Non », « Un peu ») et/ou des réponses longues et détaillées. Il est toutefois important de se rappeler que, s'il est vrai que les entretiens peuvent fournir des renseignements sur les connaissances d'un prestataire, en réalité ils ne mesurent pas la performance réelle de celui-ci.

La collecte de données aide à mieux cerner les causes d'un problème et à tester des théories. Il est donc important de poser les questions appropriées pour obtenir des données exactes et précises. Ce processus pour la collecte d'information devrait être (IHI 1995) :

- ◆ Ciblé et spécifique
- ◆ Axé sur les processus
- ◆ Il devrait éviter de blâmer les gens et de leur faire peur
- ◆ Énoncer clairement l'information que les données cherchent à procurer
- ◆ Indiquer que des décisions seront prises

## Attention !

La collecte de données précises exigera aussi que l'on atténue les biais. Un biais est une « erreur systématique qui fait qu'une donnée recueillie n'est pas représentative de l'état naturel du processus » (IHI 1995). Des précautions simples peuvent minimiser le risque d'introduire un biais dans la collecte de données : tester les instruments de collecte de données, former les enquêteurs, faire un audit du processus de collecte et utiliser un enquêteur impartial. Outre les biais, un certain nombre de problèmes communs se posent dans la collecte de données :

- ◆ Les données existantes ne sont pas utilisées
- ◆ Un malentendu se crée au cours de la collecte
- ◆ On ne dispose pas des informations nécessaires
- ◆ Des formulaires de données s'avèrent compliqués, ce qui a pour conséquence des formulaires incomplètement remplis
- ◆ Des informations sont incomplètes en raison de craintes ou de biais (IHI 1995)

Les précautions qui évitent ces problèmes dans la collecte de données sont présentées au *Tableau 9.2*.

**Table 9.2 Précautions pour éviter des problèmes lors de la collecte de données**

Domaine	Activité
Planification	Étudiez les données existantes Évaluez les besoins concernant l'analyse et les données
Essai	Effectuez un petit essai de votre instrument de collecte de données Assurez-vous que l'instrument soit facile à utiliser et à comprendre
Formation	Expliquez le but de l'étude et la nécessité d'obtenir les données à ceux qui collecteront les données Passez en revue la manière d'utiliser l'instrument de collecte des données Répondez aux préoccupations des personnes concernées
Audit	Passez en revue les données au fur et à mesure qu'elles arrivent Vérifiez que les données sont complètes en observant les personnes qui collectent les données et en faisant une vérification croisée avec d'autres sources

Source: IHI 1995

## 9.2 Brainstorming

Le brainstorming est un moyen pour un groupe de générer très rapidement un maximum d'idées en mettant à profit les connaissances du groupe et la créativité des participants. Le brainstorming produit des idées en encourageant la participation de tous les membres du groupe par des processus de réflexion structurés et non structurés, sur un sujet donné. Cela nécessite que les participants soient disposés à exprimer leurs idées sans les évaluer, en restant ouverts à de nouvelles idées et en s'abstenant de critiquer les suggestions. Le brainstorming donne de meilleurs résultats dans un environnement où les gens se sentent à l'aise et où les idées sont exprimées librement et développées.

### Quand utiliser le brainstorming ?

Le brainstorming est particulièrement utile lorsque l'on essaye de générer des idées au sujet de problèmes, de secteurs susceptibles d'être améliorés, de causes possibles, d'autres

#### Utilisez le brainstorming lorsque :

- ◆ Vous avez besoin de générer des idées ou des opinions personnelles
- ◆ Vous voulez mettre en évidence les expériences de chaque participant
- ◆ Des idées créatives ont été étouffées au sein du groupe

solutions et des résistances au changement. En dégagant de nombreuses idées originales en peu de temps et en encourageant tous les membres du groupe à participer, cette activité donne des idées nouvelles aux participants et leur permet d'élargir leurs horizons. Elle permet aux idées de se développer en symbiose, ce qui ne serait pas possible si les gens étaient interrogés individuellement.

### Comment appliquer le brainstorming ?

Écrivez la question ou le point à examiner par le brainstorming sur un tableau à feuilles mobiles, un tableau noir ou sur tout autre surface qui sera à la vue de tous. Assurez-vous que tout le monde comprenne bien le sujet à examiner.

Passez en revue les règles du brainstorming :

- ◆ Ne débattiez pas d'idées lors du brainstorming.
- ◆ Ne critiquez aucune idée
- ◆ Libérez-vous des carcans ! Toutes les idées sont acceptables
- ◆ Développez les idées d'autrui
- ◆ La qualité des idées compte

Le brainstorming peut être *structuré* ou *non structuré*. Dans le premier cas, chaque personne exprime les idées qui lui viennent à l'esprit. Cette méthode donne de bons résultats si les participants sont ouverts et à l'aise les uns avec les autres. Lorsque le brainstorming est structuré, chaque participant émet une idée à tour de rôle (une personne peut demander à ce que l'on passe à la suivante si elle n'a pas trouvé une idée quand arrive son tour). Le brainstorming structuré marche bien lorsque les gens ne se connaissent pas bien ou ne sont pas bavards : la méthode encourage tout le monde à s'exprimer.

Donnez aux gens quelques minutes pour réfléchir à quelques idées avant de commencer.

Écrivez **toutes** les idées sur un tableau à feuilles mobiles.

Lorsque toutes les idées ont été formulées (généralement au bout de 30 ou 40 minutes), revenez sur chacune d'entre elles pour qu'elles soient claires et combinez les idées connexes.

Entendez-vous sur la manière dont les idées seront jugées et utilisez la collecte de données, la mise aux voix, des matrices ou des courbes de Pareto pour faire un choix entre les diverses options. Les groupes utilisent souvent en premier lieu les techniques de mise aux voix pour réduire la liste et la ramener à un maximum de 6 à 10 idées. Utili-

---

---

sez ensuite d'autres techniques pour faire un choix à partir de cette liste plus restreinte.

### Attention !

Le brainstorming est une technique pour générer des idées mais chaque idée devra être ensuite élaborée.

La discussion ou l'évaluation d'idées pendant le brainstorming ralentira le processus et entravera le flux d'idées originales. Ne débattre des idées qu'à la fin.

Si une ou plusieurs personnes dominent le débat lors d'une séance de brainstorming non structuré, adoptez un format de brainstorming structuré.

## 9.3 Analyse des affinités

L'analyse des affinités est un processus qui aide les groupes à rassembler une grande quantité d'informations et à les organiser en fonction d'*affinités* (relations naturelles). Cette technique laisse les idées déterminer les catégories, plutôt que de laisser des catégories établies d'avance déterminer ou entraver la formulation d'idées. La technique des affinités comporte deux volets : les participants font d'abord un brainstorming sur des idées, puis ils les organisent en catégories naturelles. Ce processus génère beaucoup d'idées et il donne une vue d'ensemble de la question (par exemple, un problème) afin de comprendre son lien avec d'autres aspects. Comme lors de nombreux autres volets de l'AmQ, les participants s'identifient à ce processus qui les incite à apporter leur contribution.

### Quand l'utiliser ?

Une analyse des affinités peut aider une équipe ou un groupe à organiser de nombreuses idées ou éléments différents en peu de temps. Les groupes utilisent souvent l'analyse des affinités pour générer des idées sur des problèmes ou des domaines pouvant faire l'objet d'améliorations, des causes, des solutions de remplacement ou encore des réticences au changement. Cette méthode est

#### *Utilisez l'analyse des affinités lorsque :*

- ◆ Le problème ou l'aspect à améliorer est vaste et complexe
- ◆ Le groupe a l'impression d'être dépassé par la complexité ou l'ampleur du problème
- ◆ Vous avez besoin de beaucoup d'idées en peu de temps

particulièrement utile lorsque les questions semblent trop vastes ou trop complexes, lorsque l'on désire un consensus ou qu'on a besoin d'idées qui sortent de l'ordinaire. Étant donné que les idées de chacun sont inclu-

ses et que l'équipe regroupe les idées, il sera plus facile d'obtenir un consensus. Cette méthode permet aussi de s'assurer qu'aucune idée ne se perd.

### Comment l'utiliser ?

Énoncez le point ou la question à examiner et assurez-vous que tous les participants comprennent clairement ce qui est demandé.

Générez des idées et inscrivez-les sur des bouts de papier. Chaque idée ou élément doit être enregistré sur son propre bout de papier. Cet exercice est facilité par l'utilisation de notes « Post-it » ou de fiches, s'il y en a.

Générez des idées par le brainstorming en groupe. Chargez une personne d'enregistrer par écrit chaque idée, ou demandez à chaque participant d'écrire sa ou ses idées personnelles. Le fait de demander à chacun d'enregistrer ses propres idées est particulièrement utile lorsqu'il est important de saisir la contribution de chacun ou de mettre à profit les compétences de chaque participant.

Placez les bouts de papier dans un ordre quelconque, d'une manière qui permette à tout le monde de les voir (par exemple, sur une table ou sur un mur).

Demandez aux membres de l'équipe de classer par catégories les idées figurant sur des bouts de papier en déplaçant ces bouts de papier. La discussion entre les membres doit être brève. Au bout d'un moment, les participants cesseront de déplacer les papiers.

Si le groupe a de nombreux participants, demandez-leur de travailler en groupe de trois au quatre, pour regrouper les bouts de papier. Donnez à chaque groupe quelques minutes pour cette démarche puis appelez le groupe suivant de trois ou quatre personnes, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'éléments à déplacer.

Ne pas forcer les participants à placer un élément dans une catégorie particulière ; il est parfaitement acceptable que certaines catégories ne comportent qu'un seul élément.

Si un élément est constamment déplacé entre deux catégories, vous avez deux solutions : soit préciser sa signification, soit faire une copie du bout de papier et le placer dans les deux catégories.

Donnez à chaque catégorie un nom qui exprime la signification essentielle de tous les éléments de cette catégorie. Regardez d'abord parmi les éléments de la catégorie. Si aucun n'exprime clairement l'idée, créez-en un qui le fasse. Transférez les titres des catégories et des listes provenant de tous les bouts de papier sur une feuille de papier ; tracez des lignes pour séparer les catégories.

Utilisez les outils de priorisation pour faire un choix entre les catégories.

### Attention !

Le tri doit se faire aussi silencieusement que possible. Discutez des éléments notés sur les morceaux de papier uniquement s'il convient d'apporter une précision.

## 9.4 Techniques de réflexion créative

Les outils et les méthodes telles que le brainstorming et l'analyse des affinités nous permettent de regrouper nos idées; les techniques de réflexion créative apportent de nouvelles idées et de nouvelles façons de voir les choses, notamment les besoins en matière d'amélioration. Nous avons tendance à penser à l'intérieur de nos systèmes de convictions personnelles et dans le contexte où nous fonctionnons. Les techniques de réflexion créative nous aident à nous libérer de nos propres idées et à voir les choses, par exemple les problèmes, dans une perspective différente. Par créativité on entend « l'association, la réorganisation et la transformation des connaissances afin de générer des idées nouvelles, surprenantes et utiles » (Plsek, 1997).

Il existe de nombreuses méthodes pour encourager la réflexion créative, en particulier la *modification d'éléments* et la *provocation par des mots choisis au hasard*.

### Quand utiliser la modification d'éléments et la provocation par des mots choisis au hasard ?

La modification d'éléments dresse une liste d'éléments dans une scène courante et elle les fait varier les uns après les autres. Cette méthode nous aide à examiner notre réalité quotidienne de différentes façons pour voir quels éléments peuvent être améliorés. La provocation par des mots choisis au hasard enregistre les idées qui s'expriment librement dans le domaine que l'on cherche à améliorer. Certaines idées générées semblent excessives ou peu pratiques mais elles peuvent être adaptées pour montrer les problèmes sous un angle nouveau. L'application de concepts étrangers à notre organisation peut aussi créer de nouvelles idées pour l'amélioration de la qualité. Par exemple, un groupe pourrait réfléchir aux attributs d'une bibliothèque et à la façon dont on pourrait les appliquer pour améliorer un hôpital. En dressant une liste des services de la bibliothèque tels que les documents de référence, les cartes de bibliothèque ou les systèmes de bases de données, les groupes génèrent de nouvelles idées pour apporter des améliorations aux organisations de santé.

## 9.5 Outils de priorisation : Faire un choix entre plusieurs options

Les méthodes de groupement pour comprimer une liste d'idées et classer des idées par ordre d'importance comprennent la *mise aux voix* et les *matrices de hiérarchisation*. Les deux méthodes permettent aux individus d'exprimer leurs opinions ou leurs choix afin de dégager une décision au niveau du groupe. La mise aux voix est une technique relativement peu structurée par laquelle les membres du groupe font un choix en utilisant des critères soit implicites soit explicites. Les matrices de priorisation permettent à l'équipe d'examiner les options par rapport à une série standard de critères explicites.

### Mise aux voix

#### Quand l'utiliser ?

La mise aux voix est très utile lorsque les options sont relativement simples ou lorsqu'on ne dispose que de peu de temps. Elle encourage une participation égale de tous les membres de l'équipe en

équilibrant la prise de décisions entre les participants dominants et ceux qui ne se font pas entendre.

#### Comment l'utiliser ?

Les équipes peuvent structurer le vote de plusieurs manières mais elles ont toutes pour but de permettre à chaque participant d'exprimer ses préférences personnelles. Quel que soit le mode de scrutin utilisé, tous les membres du groupe doivent comprendre les diverses options sur lesquelles on vote.

#### Utiliser la mise aux voix lorsque :

- ◆ Vous avez besoin d'une manière rapide et efficace de prendre une décision
- ◆ Des membres du groupe ne disent rien alors que d'autres dominent la discussion
- ◆ Il y a une possibilité de faire un suivi avec des exercices de renforcement de l'équipe

Tableau 9.3 Vote simple

Activité	Vote	Total
Activité 1	XXX	3
Activité 2	XXXXX	5
Activité 3	X	1
Activité 4	X	1
Nombre de participants		N = 10

**Vote simple :** Toutes les options sont énoncées et chaque personne au sein du groupe dispose d'une voix, toutes les voix ayant le même poids. C'est la méthode la plus simple permettant à un groupe de sélectionner une activité puisque l'activité ayant obtenu le total le plus élevé sera retenue.

### Vote multiple

#### Quand l'utiliser ?

Cette méthode est utile lorsque le groupe veut choisir plus d'un élément ou si la liste des éléments est très longue et qu'il convient de la réduire à deux éléments ou plus (pour réduire la liste à un seul élément, utiliser le vote simple). Le vote multiple peut être répété plusieurs fois jusqu'à ce que la liste soit suffisamment réduite ou qu'une seule priorité se dégage. Cette méthode de vote accroît les chances que chaque participant puisse avoir au moins un élément pour lequel il aura voté sur la liste réduite.

#### Comment l'utiliser ?

Faire une liste de toutes les options et permettre à chaque participant de voter pour un nombre limité d'éléments (par exemple, trois à cinq). Le principe général pour déterminer le nombre de votes est le suivant :

- ◆ Jusqu'à 10 options = 2 votes
- ◆ 10-20 options = 3 votes
- ◆ 20-30 options = 5 votes

Additionnez les votes pour chaque élément : celui qui obtient le total le plus élevé constitue la principale priorité du groupe.

**Tableau 9.4 Vote multiple**

Activité	Vote	Total
Activité 1	X	1
Activité 2	XXXXXX	7
Activité 3	XXXXXX	7
Activité 4	XXXXXXXX	8
Activité 5	XXX	3
Activité 6	XXX	3
Activité 7	X	1
Activité 8		
Activité 9	XX	2
Activité 10		

### Vote pondéré

#### Quand l'utiliser ?

Le vote pondéré permet à un groupe de choisir un élément ou plusieurs éléments en fonction non seulement de son importance pour le groupe mais aussi en fonction de ce que pense le groupe de ses options. Utilisez cette méthode lorsque votre équipe exprime des idées fortes mais divergentes quant à la façon de procéder.

#### Comment l'utiliser ?

Faites une liste de toutes les options. Donnez à chaque personne la possibilité d'accorder davantage de poids à certains choix. Une manière d'y parvenir est de donner à tous les participants une somme fixe d'argent imaginaire à dépenser. Ils peuvent répartir cette somme comme bon leur semble, entre plusieurs possibilités. Par exemple, si un participant reçoit 10 dollars, il pourra dépenser la totalité de la somme pour un seul élément qui lui semble très important ; ou bien, il pourra diviser la somme en parts égales entre cinq éléments ou il pourra choisir toute autre combinaison. Avec cette méthode, le vote reflète l'importance que les participants accordent à différents choix.

#### Attention !

Alors qu'une participation égale au processus peut contribuer à l'esprit de groupe, une minorité peut se sentir exclue par le résultat. C'est-à-dire qu'elle peut avoir le sentiment d'avoir perdu. Ce sentiment peut diminuer la cohérence de la dynamique du groupe. Pour éviter cela, effectuez des exercices de renforcement de l'équipe une fois les activités de vote terminées.

### Matrice de critères (Priorisation)

Dans chacune des options de vote qui viennent d'être présentées, chaque participant utilise ses propres critères intérieurs pour prendre une décision. Un critère est une mesure, une directive, un principe ou tout autre facteur entrant en ligne de compte pour la prise de décision. Les exemples de critères qui sont souvent utilisés dans le contexte des soins de santé sont que les activités doivent être d'un coût abordable et qu'elles ne doivent pas présenter de danger. Dans les groupes de travail, il s'agit d'éléments convenus d'avance pour prendre une décision de groupe. Souvent, plus d'un critère est utilisé en même temps. Parfois, le groupe peut vouloir débattre des critères sur lesquels chaque participant devrait baser son vote ou son choix – et le groupe devrait s'entendre sur ces critères. Une matrice de critères ou de priorisation est un outil permettant d'évaluer des options en fonction d'un ensemble explicite de critères qui ont été jugés importants par le

**Tableau 9.5 Vote pondéré**

Activité	Membres de l'équipe										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1											0
2	3	2	2	2	2	2	3	3	3	1	23
3	3	2		3	2	3	2	2	2	2	21
4	2	3	8	3	1	2	3	2	2	3	29
5									1	2	3
6	2	1		1	2	1	1	2	1		11
7		2		1		1	1	1	1	1	8
8					3	1				1	5
9											0
10											0

groupe pour prendre une décision appropriée et acceptable.

Les critères pour une amélioration peuvent être pondérés et classés pour faciliter le processus de prise de décisions. Bien que la matrice de priorisation soit la méthode ayant le plus de chances de produire un consensus, elle peut parfois exiger beaucoup de temps et être complexe. Différentes versions de la matrice adaptent cet outil pour qu'il puisse être utilisé par de petits groupes ou par des groupes plus importants ainsi qu'avec un nombre plus ou moins important de critères.

*Utilisez la matrice de critères (priorisation) lorsque :*

- ◆ L'aspect de base devant être amélioré a été identifié mais il convient de le préciser davantage
- ◆ Le groupe convient qu'une solution est nécessaire mais les participants ne sont pas d'accord sur le point de départ
- ◆ Il y a peu de ressources pour effectuer des essais et pour la mise en œuvre
- ◆ Il existe un lien étroit entre plusieurs aspects, lien qui nécessite de hiérarchiser les options

*Quand l'utiliser ?*

Les matrices conviennent particulièrement bien lorsque les options sont complexes ou lorsque des critères multiples doivent être envisagés pour déterminer les priorités ou pour prendre une décision. La matrice ci-dessous présente en rangées (horizontales) les options à hiérarchiser alors que les critères pour la prise de décisions sont pré-

sentés en colonnes (verticales). Chaque option reçoit ensuite une note sur la base des divers critères.

*Comment l'utiliser ?*

**Étape 1 :** Établissez une liste des options ou des choix à évaluer. Assurez-vous que tous les membres de l'équipe comprennent ce que signifie chacune des options.

**Étape 2 :** Sélectionnez les critères pour la prise de décisions. Le groupe peut choisir ces critères par le brainstorming puis voter pour déterminer ceux qui sont les plus importants/pertinents<sup>11</sup>. Veillez à ce que tous les participants aient la même interprétation des critères choisis.

Les critères habituellement retenus pour choisir les problèmes à traiter sont notamment : l'importance, l'appui au changement, la visibilité du problème, les risques en cas d'inaction, la possibilité d'effectuer des changements à cet égard. Pour choisir des solutions, les critères suivants sont souvent appliqués : le coût, les réticences potentielles, la faisabilité, le soutien des responsables, le soutien de la collectivité, l'efficacité, la pertinence, l'impact sur d'autres activités. Ce ne sont pas les seuls critères possibles ; le groupe devrait préparer une liste adaptée à sa situation particulière.

Il n'y a pas de maximum ou de minimum pour le nombre de critères mais le nombre optimal est de trois ou quatre. Plus de quatre critères rendent la matrice difficile à gérer. Un moyen de réduire le nombre de critères consiste à voir s'il y a des critères qui sont **obligatoirement** applicables à toutes les options. Utilisez ce critère en premier lieu pour éliminer un certain nombre d'options. Ensuite, utilisez les autres critères pour prioriser les options restantes.

**Tableau 9.6 Matrice de critères**

Options	Critères				Total
	#1	#2	#3	#4	
Option 1					
Option 2					
Option 3					

<sup>11</sup> Il est également possible d'utiliser le vote pondéré si le groupe estime que certains critères sont plus importants que d'autres mais cette solution ne doit pas être retenue que si la complication supplémentaire se traduit vraiment par une décision meilleure.

Une autre manière de simplifier la matrice consiste à limiter le nombre d'options envisagées. Si la liste d'options est longue (plus de 6 éléments), il serait peut-être plus facile de la raccourcir d'abord en éliminant certaines de ces options. Les critères habituellement utilisés pour éliminer les problèmes potentiels sont les suivants : (a) le problème est trop important ou trop complexe ; (b) Il n'est pas possible d'effectuer des changements dans ce domaine (il échappe au contrôle de l'équipe ou dépasse ses compétences) ; (c) le personnel n'a pas envie de travailler sur ce problème.

**Étape 3 :** Dessinez la matrice et indiquez les options et les critères.

**Étape 4 :** Déterminez l'échelle à utiliser pour attribuer une note aux options par rapport à chaque critère. Les modes de notation peuvent être simples ou complexes. Une échelle de notation simple fixe un score selon que l'option répond ou non à un critère donné, par exemple : Est-ce qu'il existe déjà du personnel formé ? La réponse (vote) « Oui » donnerait un point, alors que la réponse « Non » ne donnerait aucun point.

Un autre mode de notation courant consiste à attribuer une note aux options en fonction de la manière dont chacune d'entre elles répond au critère, par exemple: Quel soutien apportent les responsables à cette option ? La réponse indiquant un soutien « Élevé » rapporterait trois points, « Moyen » deux points et « Faible » un point (la note figurant dans l'encadré donne un autre exemple).

**Note :** Assurez-vous que les échelles de notation utilisées pour tous les critères soient homogènes, c'est-à-dire que les notations pour chaque critère aillent de « Meilleur » = le chiffre le plus élevé, à « Pire » = le chiffre le plus bas. Ainsi, on peut calculer le score total d'une option en additionnant ses scores pour chaque critère. Par exemple, si les options devaient être notées sur la base des deux critères de faisabilité et de coût, chacun sur une échelle de 1 (la moins désirable) à 5 (la plus désirable), les critères devraient être notés ainsi :

- ◆ Faisabilité : Le plus réalisable = 5 Le moins réalisable = 1
- ◆ Coût : Coût le plus faible = 5 Coût le plus élevé = 1
- ◆ Note totale: Meilleure option = 10 Pire option = 2

Une échelle de notation complexe attribue différents scores maximum (facteurs de pondération) à chacun des critères, et chacune des options reçoit un score pour chaque critère, de 1 jusqu'au facteur de pondération maximum de ce critère, comme le montre le *Tableau 9.7*.

**Tableau 9.7 Échelle d'évaluation complexe**

Critère	Nombre maximum		
	de points	Option 1	Option 2
Faisabilité	50	25	35
Acceptabilité pour le client	35	30	20
Coût faible	15	5	15
Évaluation générale	100	60	70

**Étape 5 :** En prenant une option à la fois, examinez chaque critère et déterminez la note appropriée, en utilisant l'échelle de notation simple, commune ou complexe. Cette notation peut s'effectuer individuellement, puis on fera le total. Autre possibilité : si la méthode de notation est simple, on peut employer une discussion de groupe dirigée.

**Étape 6 :** Totalisez la valeur de chaque option en additionnant la note pour chaque critère.

**Étape 7 :** Évaluez les résultats en envisageant les questions suivantes :

- ◆ Est-ce qu'une option particulière répond clairement à tous les critères ?
- ◆ Peut-on éliminer certaines options ?
- ◆ Si une option répond à certains critères mais non à tous, vaut-elle quand même la peine d'être envisagée ?

### Attention !

Assurez-vous que tout le monde comprenne clairement les options envisagées et les définitions des critères.

### Exemple de cas :

#### *Utilisation d'experts extérieurs : Palestine*

Un expert en amélioration de la qualité a été consulté pour analyser le temps d'attente, qui était d'environ trois heures, dans un dispensaire de soins ambulatoires. Cet expert, qui s'était occupé de questions du même genre dans d'autres établissements, a pu travailler avec une équipe rapidement en mettant l'accent sur la standardisation de la réglementation du travail et sur l'élaboration de cartes pour les patients ambulatoires. Ces interventions, de pair avec d'autres, ont ramené le temps d'attente de trois heures à 20 minutes.

---

---

## 9.6 La prise de décision par des experts

Parfois, des experts extérieurs peuvent accélérer le processus de prise de décision grâce à leur objectivité et leur expérience passée. Les organisations se heurtent souvent à des problèmes similaires pour obtenir des améliorations et les experts extérieurs, spécialistes de l'amélioration de la qualité, peuvent mettre à profit leur expérience pour adapter des stratégies à une situation spécifique de l'organisation.

## 9.7 Modélisation de systèmes

La modélisation d'un système montre la manière dont ce système devrait fonctionner. Utilisez cette technique pour voir comment les différents éléments s'agencent pour produire un certain résultat. Ces éléments constituent un système qui se compose de ressources appliquées de diverses façons (counseling, diagnostic, traitement) pour générer des extrants directs (produits ou services) qui, à leur tour, peuvent produire des effets directs (par exemple, immunité, réhydratation) sur les personnes qui les utilisent, ainsi que des effets, à plus long terme, plus indirects (par exemple, recul de la prévalence de la rougeole ou des taux de mortalité) sur les utilisateurs et la collectivité en général.

*Utilisez la modélisation des systèmes pour :*

- ◆ Comprendre le processus ou le problème en tant qu'élément du système
- ◆ Identifier l'endroit où devra commencer l'analyse d'un problème
- ◆ Mettre en évidence les besoins potentiels de données

### Quand l'utiliser ?

En résumant sous forme de diagramme les liaisons entre chaque activité d'un système, la modélisation permet de mieux comprendre des relations entre diverses activités et l'impact qu'elles ont les unes sur les autres. On montre ainsi les processus comme faisant partie d'un système plus large dont l'objectif est de répondre aux besoins particuliers du client. La modélisation de systèmes est très utile lorsque l'on veut obtenir une image d'ensemble. Elle montre l'interaction entre les services directs et les services d'appui, l'origine des intrants cruciaux, et la concordance qui devrait exister entre les produits ou les services et les besoins de la collectivité. Lorsque les équipes ne savent pas où commencer, la modélisation des systèmes peut aider à repérer les secteurs difficiles ou à analyser le problème en illustrant les diverses parties du système et les

liaisons qui existent entre elles. Elle peut mettre en évidence d'autres domaines susceptibles de poser des problèmes. Elle peut aussi révéler des besoins en matière de collecte de données : indicateurs relatifs aux intrants, aux processus et aux résultats (extrants directs, effets sur les clients, et/ou impacts). Enfin, elle peut être utile pour le suivi des performances.

### Éléments de la modélisation de systèmes

La modélisation de systèmes utilise trois éléments : les intrants, les processus et les résultats.

Les intrants sont les ressources utilisées pour exécuter les activités (processus). Ces intrants peuvent être des matières premières, des produits ou des services générés par d'autres composantes du système. Par exemple, pour le système de traitement du paludisme, les intrants comprennent les antipaludéens et des agents de santé expérimentés. D'autres composantes du système fournissent ces deux intrants : les médicaments proviennent du sous-système logistique, et la main-d'œuvre expérimentée est issue du sous-système de formation.

Les processus sont les activités et les tâches qui transforment les intrants en produits et en services. Pour le traitement du paludisme, ce processus inclurait les tâches telles que l'anamnèse et l'examen clinique des patients qui se plaignent d'avoir de la fièvre, l'établissement du diagnostic, la fourniture du traitement et le counseling des patients.

Les résultats sont l'aboutissement de processus. Le terme s'applique généralement aux *extrants* directs découlant d'un processus et il peut s'appliquer, dans certains cas, à des *effets* plus indirects sur les clients eux-mêmes ou à des *impacts* encore plus indirects sur la collectivité en général.

Les extrants sont les produits ou les services directs générés par le processus. Les extrants du système de traitement du paludisme sont les patients qui reçoivent le traitement et le counseling.

Les effets sont les changements dans les connaissances, les attitudes, les comportements et/ou la physiologie du client qui résultent des extrants. Pour le système de traitement du paludisme, l'effet serait une régression du nombre de décès liés au paludisme (les patients vont mieux) et le fait que les patients ou les personnes qui administrent le traitement savent ce qu'ils doivent faire si la fièvre recommence. Il s'agit de conséquences indirectes du processus car d'autres facteurs peuvent intervenir entre l'extrait (par exemple, le traitement correct au moyen d'un antipaludéen) et l'effet (par exemple, le rétablissement du patient).

Les impacts sont les effets à long terme, et encore plus indirects, des extrants sur les utilisateurs et la collectivité en général. Pour le traitement du paludisme, les impacts seraient l'amélioration de l'état de santé de la collectivité et une baisse des taux de mortalité juvéno-infantile.

Comme le montre la *Figure 9.1*, les systèmes contiennent de nombreux éléments ayant des liens entre eux et qui doivent être "tissés" ensemble. L'utilité de la modélisation des systèmes tient à son aptitude à illustrer les rapports entre les divers éléments. C'est à ces points de jonction que le système montre ses forces ou ses faiblesses.

### Comment l'utiliser ?

**Étape 1.** Identifiez le principal processus ou « système » à modéliser et le besoin auquel il est censé répondre (impact désiré). Cette démarche peut se faire en commençant par le PROCESSUS ou par l'IMPACT.

*Si vous commencez par le PROCESSUS* qui vous intéresse, identifiez la partie du système à modéliser, c'est-à-dire une intervention de santé (telle que vaccinations, traitement du paludisme ou services hospitaliers d'urgence). Il est également possible d'axer la modélisation du système sur un service de soutien, comme la supervision ou la logistique. Identifiez ensuite les besoins de la collectivité auxquels ce PROCESSUS devrait répondre (n'oubliez pas que les services de soutien répondent aux besoins des clients « internes »).

*Si vous commencez par l'IMPACT*, identifiez l'aspect que le système devrait affecter – par exemple, quel est le besoin de la collectivité que le système devrait satisfaire ? Ensuite, identifiez le PROCESSUS qui doit être mené à bien pour créer les services ou les produits (EXTRANTS) dont on attend un EFFET approprié sur les clients. Cet EFFET, à son tour, devrait se traduire par l'IMPACT désiré (répondre à ce besoin).

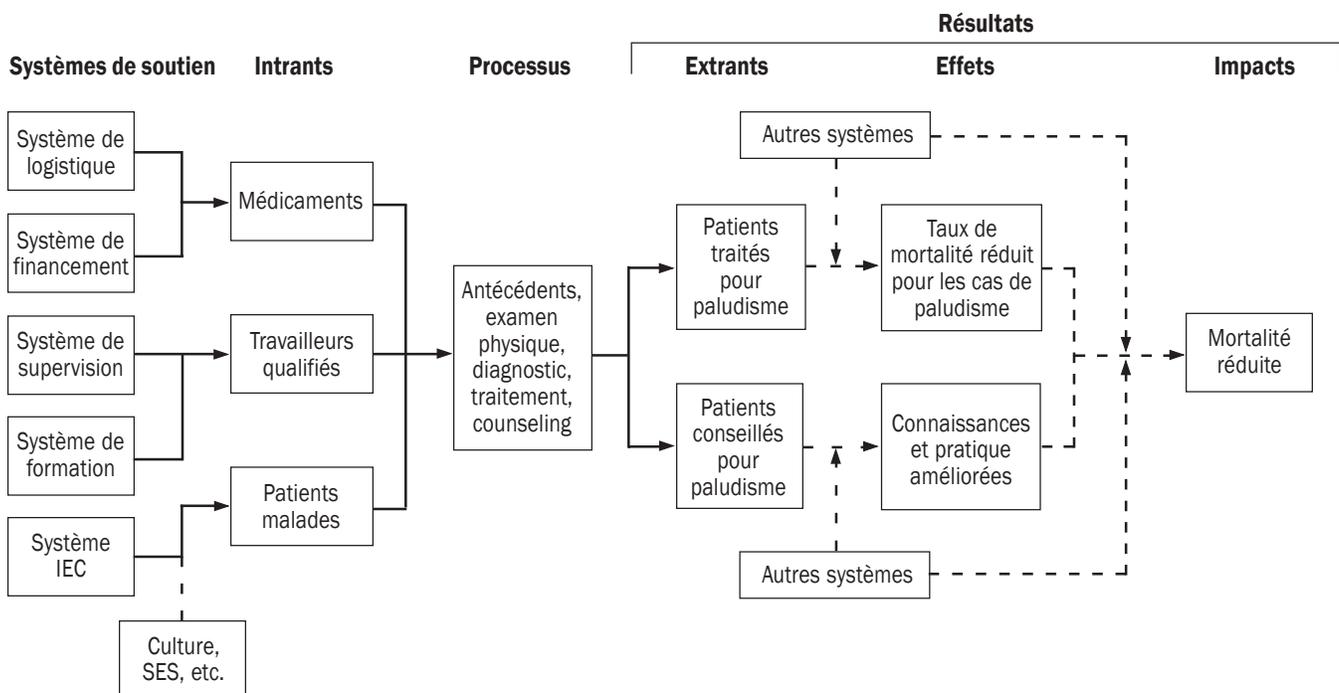
**Étape 2.** Dessinez et marquez les cases relatives à l'IMPACT et au PROCESSUS.

**Étape 3.** Travaillez en sens inverse, à partir des RÉSULTATS, en commençant par le besoin (IMPACT DÉSIRÉ), et déterminez quels EFFETS le produit ou les services (EXTRANTS) doivent produire chez les clients pour obtenir l'IMPACT désiré. Réfléchissez aux divers groupes affectés par les produits et les services. Dessinez et marquez la case des RÉSULTATS.

**Étape 4.** Identifiez d'autres facteurs qui peuvent affecter l'IMPACT, par exemple, l'économie ou les facteurs culturels, et incorporez-les au modèle. Aucun système ne fonctionne dans le vide, et l'IMPACT sera toujours influencé par des facteurs extérieurs au système.

**Étape 5.** Identifiez les EXTRANTS particuliers générés par le processus qui aboutit aux RÉSULTATS qui viennent d'être identifiés. Dans nombre de cas, il y aura plusieurs sortes d'EXTRANTS – par exemple, le système de vaccina-

**Figure 9.1** Modèle de système pour le traitement antipaludéen



tion devrait produire des enfants vaccinés et des mères informées et capables.

**Étape 6.** Identifiez les grandes catégories de tâches à l'intérieur du PROCESSUS – par exemple : l'anamnèse, l'examen clinique, le diagnostic, le traitement et les conseils. Inscrivez-les dans la case du PROCESSUS. Examinez les EXTRANTS (par exemple, l'anamnèse, le diagnostic du patient, le traitement du patient) et assurez-vous qu'un EXTRANT soit identifié pour chaque bénéficiaire des principales tâches.

**Étape 7.** Identifiez les divers INTRANTS requis pour mener à bien le processus. Ces INTRANTS devraient comprendre la main-d'œuvre, le matériel, l'information et les ressources financières. Dessinez les cases pour les divers INTRANTS et donnez-leur un nom. Déterminez quels systèmes de soutien (tels que la logistique, la formation et la supervision) produisent chacun de ces INTRANTS et écrivez-en les sources dans les cases.

### Utilisation de la modélisation des systèmes pour l'analyse de problèmes

Passez en revue les divers éléments du système. Déterminez les données nécessaires pour savoir si le système est suffisamment productif ou s'il fonctionne convenablement pour parvenir au résultat et à l'impact désiré. Utilisez ces données pour déterminer si le système fonctionne en accord avec le modèle de système que vous avez dessiné. Identifiez les éléments faibles ou ceux qui manquent dans le système, en repérant les endroits où la qualité du processus laisse à désirer.

### Attention !

Faites participer les gens qui connaissent déjà le système à modéliser, soit durant la phase d'élaboration du modèle, soit ultérieurement comme vérificateurs une fois que le modèle aura été élaboré.

Assurez-vous que le modèle de système s'attaque réellement au problème identifié.

## 9.8 Organigramme

Un organigramme est une représentation graphique du fonctionnement d'un processus et il illustre, au minimum, l'enchaînement des étapes. Il existe plusieurs types d'organigrammes : le plus général (*premier niveau*), une version *détaillée* (*deuxième niveau*), et un troisième qui énumère aussi les personnes impliquées dans les diverses étapes (*organigramme de déploiement* ou *organigramme matriciel*).

### Quand l'utiliser ?

Un organigramme sert à préciser la manière dont les choses fonctionnent actuellement, et comment on pourrait y apporter des améliorations. Cet outil aide aussi à repérer les éléments clés d'un processus, tout en fixant des limites claires entre la fin d'un processus et le début du suivant. La préparation d'un organigramme encourage la communication entre les participants et établit une compréhension commune du processus. Les organigrammes mettent aussi en évidence les étapes qui font doublon ou qui ne se situent pas au bon endroit. Les organigrammes sont en outre utilisés pour identifier des membres appropriés pour l'équipe, pour identifier les personnes qui fournissent des intrants et des ressources et à qui elles les fournissent, pour cerner des aspects importants pour le suivi ou la collecte de données, pour identifier des secteurs pouvant être améliorés ou dont l'efficacité pourrait être accrue, et pour générer des hypothèses au sujet des causes. Les organigrammes peuvent servir à étudier les processus relatifs au flux des patients, à l'information, au matériel ou aux soins cliniques ou à des combinaisons de plusieurs de ces processus. On recommande l'établissement d'organigrammes sur la base de discussions de groupe, étant donné que les gens, pris individuellement, connaissent rarement le processus dans sa totalité et que la communication contribue à une amélioration.

#### Utilisez les organigrammes pour :

- ◆ Comprendre les processus
- ◆ Envisager des méthodes pour simplifier un processus
- ◆ Reconnaître les étapes inutiles dans un processus
- ◆ Déterminer les domaines pour le suivi et la collecte de données
- ◆ Identifier les personnes qui sont impliquées dans le processus d'amélioration de la qualité ou qui sont affectées par celui-ci
- ◆ Formuler des questions qui permettront de recherches plus poussées

### Types d'organigrammes

#### Organigramme général

L'organigramme général (aussi appelé de premier niveau ou organigramme du sommet à la base), schématise les grandes étapes d'un processus. Il donne une vue d'ensemble d'un processus comme le montre l'exemple de la *Figure 9.2*. Il peut aussi inclure des extraits intermédiaires pour chaque étape (le produit ou le service généré), ainsi que des sous-étapes. Un tel organigramme est habituellement utilisé pour avoir une idée générale d'un processus

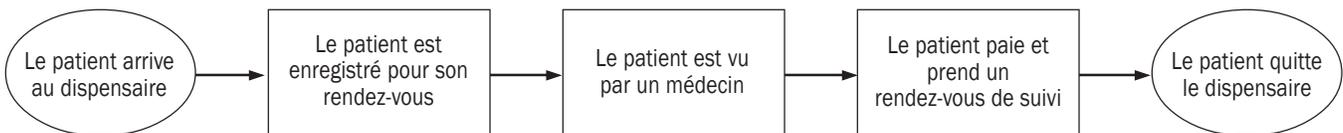
et pour identifier les changements qui s'opèrent à l'intérieur du processus. Il est particulièrement utile pour identifier les membres qui devraient faire partie de l'équipe (ceux qui participent au processus) et pour mettre au point les indicateurs relatifs au suivi du processus, puisqu'il est axé sur les extrants intermédiaires.

La plupart des processus peuvent être schématisés convenablement au moyen de quatre ou cinq cases qui représentent les principales étapes ou activités du processus. En réalité, il faudrait se limiter à quatre ou cinq cases car on est ainsi obligé de se concentrer sur les étapes les plus cruciales. Les autres étapes sont habituellement des « sous-étapes » des étapes les plus importantes.

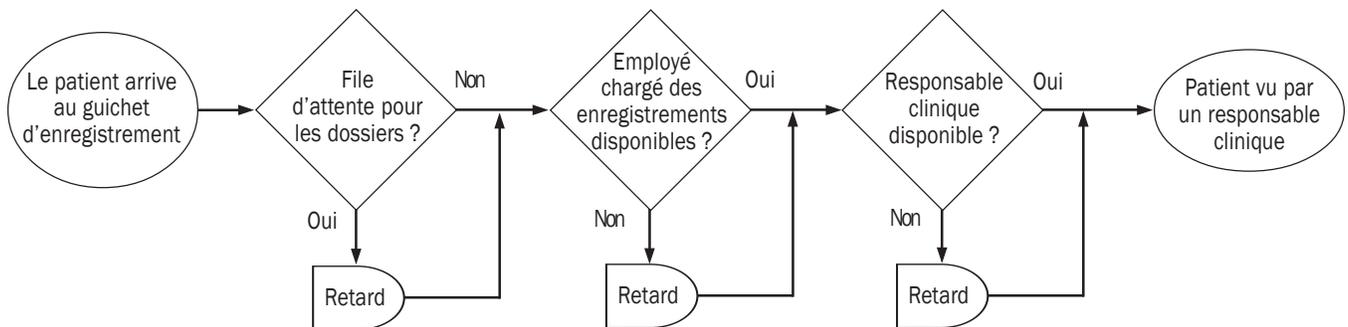
### Organigramme détaillé

Un organigramme détaillé illustre dans le détail un processus en représentant toutes les étapes et activités qui se produisent dans le processus. Ce type d'organigramme indique les étapes ou les activités d'un processus et comprend des éléments tels que les points de décision, les périodes d'attente, les tâches qui doivent souvent être refaites (reprises) et les boucles de rétroinformation. Ce type d'organigramme est utile pour examiner en détail les aspects du processus et pour repérer les problèmes ou les domaines présentant des carences. Par exemple, l'organigramme détaillé de la *Figure 9.3* met en évidence les retards venant du fait que l'employé chargé de l'enregistrement et le responsable clinique ne sont pas disponibles pour aider les patients.

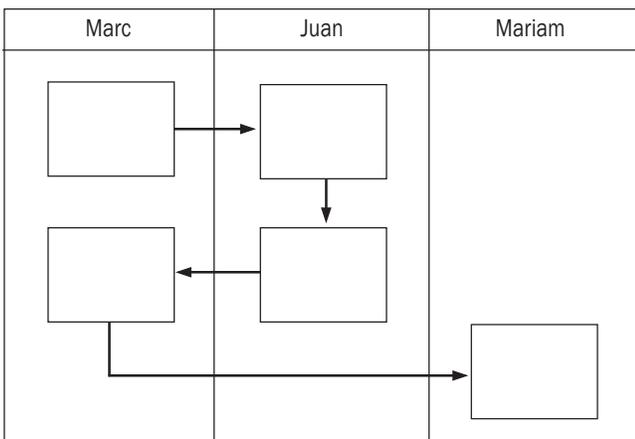
**Figure 9.2 Diagramme général relatif aux soins prénatals**



**Figure 9.3 Organigramme détaillé de l'enregistrement des patients**



**Figure 9.4 Organigramme de déploiement ou organigramme matriciel**



### Organigramme de déploiement ou organigramme matriciel

Un organigramme de déploiement représente le processus dans l'optique de *la personne* qui effectue les étapes. Il se présente sous forme d'une matrice qui montre les différents participants et le déroulement des étapes d'un participant à l'autre. Il sert essentiellement à identifier les individus qui fournissent des intrants ou des services à quelqu'un, ainsi que les endroits où plusieurs personnes effectuent peut-être inutilement la même tâche. Voir *Figure 9.4*.

**Tableau 9.8 Type d'organigramme indiqué pour différentes utilisations**

Objectif	Niveau général	Détaillé	Déploiement
Comprendre le processus, choisir les membres de l'équipe	+++		+
Obtenir un consensus au sein du groupe au sujet du processus	+++	+++	+++
Déterminer les aspects ou les indicateurs à suivre pour une information sur les processus	+++	++	
Rechercher les secteurs où l'efficacité peut être améliorée		+++	++
Identifier les personnes qui fournissent telle ou telle chose, et à qui	++	++	+++
Rechercher les secteurs à problèmes ou les étapes qui doivent être refaites	+	+++	++
Distribuer les tâches			+++

+++ Très utile    ++ Souvent utile    + Parfois utile

### Quand utiliser un organigramme et quel type d'organigramme choisir ?

Chaque type d'organigramme a ses forces et ses faiblesses. L'organigramme de premier niveau est le plus simple à construire mais il ne fournit peut-être pas suffisamment de détails pour certains objectifs. En faisant son choix, le groupe devra savoir exactement ce qu'il cherche à accomplir. Le *Tableau 9.8* donne certaines indications, mais si vous ne savez pas très bien lequel utiliser, commencez par l'organigramme général et passez à l'organigramme détaillé et à l'organigramme de déploiement. Notez que ces deux derniers types prennent beaucoup de temps.

### Comment l'utiliser ?

Quel que soit le type d'organigramme choisi, sa construction exigera plusieurs étapes essentielles.

**Étape 1.** Entendez-vous sur l'objectif de l'organigramme et le format convenant le mieux.

**Étape 2.** Déterminez le point de départ et le point d'aboutissement du processus qui sera schématisé et entendez-vous à ce sujet.

- ◆ Qu'est-ce qui signale le début du processus ? Quels sont les intrants ?
- ◆ Qu'est-ce qui signale la fin du processus ? Quel est le résultat final ou quels sont les résultats finaux ?

**Étape 3.** Identifiez les éléments de l'organigramme en posant les questions suivantes :

- ◆ Qui fournit les intrants pour cette étape ? Qui les utilise ?
- ◆ Que fait-on de ces intrants ? Quelles décisions sont prises pendant que l'intrant est utilisé ?
- ◆ Quel est l'extrant de cette étape ? Qui l'utilise, et à quelle fin ?

**Tableau 9.9 Éléments de base pour divers types d'organigrammes**

Type d'organigramme	Éléments essentiels
Général	Étapes principales, intrants et extrants
Détaillé	Étapes ou activités, points de décision, intrants et extrants
Déploiement	Étapes, intrants et extrants, personnel impliqué

**Tableau 9.10 Symboles de base applicables à tous les types d'organigrammes**

-  Étape ou activité
-  Points de départ et d'arrivée du processus
-  Étape floue

**Tableau 9.11 Symboles pour les organigrammes détaillés**

-  Point de décision, ou carrefour
-  Documentation (ou information écrite sur le processus)
-  Information dans base de données
-  Attente/goulet d'étranglement
-  Connecteur vers un autre processus

---

---

Si vous dessinez un organigramme pour identifier les faiblesses à l'intérieur de votre processus, les étapes et les points de décision que vous indiquez sur l'organigramme devraient refléter le processus *véritable* (ce qui est fait réellement, et non ce qu'il faudrait faire). La précision dans la création de l'organigramme vous permettra de voir ce qui peut être fait et ce qu'il conviendrait d'améliorer. Si des idées de perfectionnement apparaissent lors de l'élaboration de l'organigramme, ne débattiez pas de leurs mérites à ce stade, mais prenez soin de les noter par écrit pour vous y référer par la suite.

**Étape 4.** Procédez à un examen du premier brouillon de l'organigramme pour voir si les étapes sont cordonnées logiquement. Les points flous peuvent être indiqués par un symbole en forme de nuage. Ils seront précisés par la suite.

**Étape 5.** Après un ou deux jours, examinez à nouveau l'organigramme avec le groupe pour voir si celui-ci est satisfait de son travail. Demandez à d'autres personnes associées au processus si ce graphique, à leur avis, reflète ce qu'elles font.

### Recommandations pour la construction d'organigrammes

Essayez de préparer un premier brouillon lors d'une seule réunion. Vous y reviendrez par la suite pour y apporter des améliorations. Utilisez la « règle des cinq minutes » – ne pas laisser cinq minutes s'écouler sans créer un symbole ou une case; si la décision concernant le symbole n'est pas évidente, utilisez un symbole en forme de nuage ou prenez note, puis continuez.

Pour éviter d'avoir à effacer ou à barrer des idées, préparez à l'avance des formes découpées pour les différents symboles et placez-les sur la table. Il est ainsi plus facile de faire des modifications en bougeant les éléments tandis que le groupe clarifie le processus.

Quand vous utilisez des symboles de décision, utilisez-les lorsque les personnes qui travaillent sur le processus doivent prendre une décision qui affectera le déroulement du processus. Par exemple, lorsque le résultat de la décision ou de la question est OUI, la personne devrait suivre une série d'étapes et, si le résultat est NON, elle devrait suivre une autre série d'étapes. Assurez-vous que ce qui est écrit à l'intérieur du symbole provoque une réponse qui soit OUI ou NON pour que le déroulement du diagramme soit logique.

En décidant de la quantité de détails à porter sur l'organigramme (à savoir, jusqu'où décomposer chaque étape générale), gardez toujours à l'esprit le but de l'organigramme. Par exemple, un organigramme visant à mieux

comprendre le problème de longues périodes d'attente ne devrait inclure que les détails qui auraient une incidence sur l'attente. Les étapes qui n'ont pas d'incidence sur l'attente doivent rester générales.

Souvenez-vous que l'organigramme n'a pas besoin d'inclure tous les symboles possibles. Par exemple, le symbole de l'attente (□) sera peut-être inutile si l'organigramme ne porte pas sur les temps d'attente.

### Analyse d'un organigramme détaillé pour identifier les secteurs à problème

Une fois que l'organigramme a été construit pour illustrer la manière dont le processus fonctionne réellement, examinez les secteurs où des problèmes pourraient surgir, ou les secteurs qui pourraient être améliorés. Pour ce faire, utilisez une ou plusieurs des techniques suivantes.

Examinez chaque symbole de décision : S'agit-il d'une activité destinée à voir si tout se passe bien ? Est-elle efficace ? Fait-elle double emploi ?

Examinez chaque boucle indiquant qu'un travail est refait (reprise) : Est-ce que cette boucle de reprise évite la réapparition du problème ? Est-ce que les réparations sont faites bien après l'étape durant laquelle les erreurs s'étaient produites initialement ?

Examinez chaque symbole d'activité : Cette étape fait-elle double emploi ? Ajoute-t-elle de la valeur au produit ou au service ? Est-elle problématique ? Pourrait-on éviter des erreurs dans cette activité ?

Examinez chaque symbole de document ou base de données : Est-il nécessaire ? Est-il à jour ? Y a-t-il une seule source d'information ? Cette information pourrait-elle être utilisée pour le suivi ou l'amélioration du processus ?

Examinez chaque symbole d'attente : Quelles complexités ou quels problèmes complémentaires provoquent cette attente ? Quelle est la durée de l'attente ? Pourrait-on la réduire ?

Examinez chaque transition durant laquelle une personne finit sa tâche au sein du processus alors qu'une autre personne prend la relève : Qui est impliqué ? Quel problème pourrait apparaître ? Le produit ou le service intermédiaire répond-il aux besoins de la personne suivante ?

Examinez le processus dans son ensemble : Le déroulement est-il logique ? Y a-t-il des endroits flous ou des endroits où le processus ne mène à rien ? Existe-t-il des voies parallèles ? Quelle est leur justification ?

## Attention !

Les organigrammes dans le domaine de l'assurance de la qualité devraient toujours refléter le processus tel qu'il est, et non sous sa forme idéale. Un organigramme doit traduire ce qui se passe réellement.

Impliquez les gens qui connaissent le processus, soit lors de l'élaboration de l'organigramme, soit comme vérificateurs une fois le graphique terminé.

Assurez-vous que l'organigramme cible réellement le problème identifié.

## 9.9 Analyse de cause-effet

Une *analyse de cause-effet* génère et classe des idées ou des hypothèses concernant des causes possibles de problèmes à l'intérieur d'un processus, en demandant aux participants de faire une liste de toutes les causes et de tous les effets possibles du problème identifié. Cet outil d'analyse organise une grande quantité d'informations en montrant les liens entre des événements et leurs causes réelles ou possibles, et elle constitue un moyen de générer des idées quant aux causes du problème et quant aux effets possibles de ces causes. Les analyses de cause-effet permettent aux personnes devant résoudre un problème d'élargir leur réflexion et de considérer le problème dans sa totalité. Les diagrammes de cause-effet peuvent refléter soit des causes qui ne permettent pas d'obtenir l'état désiré, soit des facteurs utiles dont on a besoin pour parvenir à l'état souhaité.

### Quand l'utiliser ?

L'analyse de cause-effet, une représentation graphique comportant des branches majeures qui représentent des catégories de cause, stimule et organise la réflexion sur des causes potentielles ou réelles, et elle facilite un examen plus poussé des causes individuelles. Étant donné que les idées de chaque participant peuvent trouver leur place sur le diagramme, une analyse de cause-effet contribue à dégager un consensus au sujet des causes. Elle peut aider à focaliser l'attention sur le processus pour lequel existe un problème, et permettre une utilisation constructive de faits découlant d'événements rapportés. Toutefois, il est important de se souvenir qu'un diagramme de cause-effet est une manière structurée d'exprimer des *hypothèses* concernant les causes d'un problème ou les raisons pour lesquelles un événement ne se produit pas comme on le souhaiterait. Il ne peut pas remplacer une expérimentation empirique de ces hypothèses : il n'indique pas quelle est la cause première mais il indique plutôt des causes possibles.

## Types d'analyses de cause-effet

Il y a deux manières d'organiser graphiquement les idées pour une analyse de cause-effet. Elles diffèrent par la façon dont les causes potentielles sont organisées et groupées : (a) par catégories : *diagramme en arête de poisson* (en raison de sa forme) ou *diagramme d'Ishikawa* (du nom de son inventeur) ; et (b) en fonction d'un enchaînement de causes : *diagramme en arbre*.

Le choix de la méthode dépend des besoins de l'équipe.

Si celle-ci tend à considérer les causes uniquement en termes de personnes, le *diagramme en arête de poisson*, agencé autour de catégories de causes, contribuera à élargir les idées de l'équipe. Toutefois, un diagramme en arbre encouragera les membres de l'équipe à examiner la chaîne d'événements ou de causes.

### Utilisez l'analyse de cause-effet :

- ◆ Au début du processus d'analyse
- ◆ Pour élargir la réflexion au sujet des raisons possibles d'un problème ; cet outil aide les groupes à penser au-delà de la responsabilité des personnes et à rechercher des causes plus profondes
- ◆ Pour élaborer des hypothèses au sujet des causes d'une situation : certaines idées s'avéreront incorrectes mais, à ce stade, vous ne cherchez qu'à cerner des idées

### Causes par catégories (diagramme en arête de poisson)

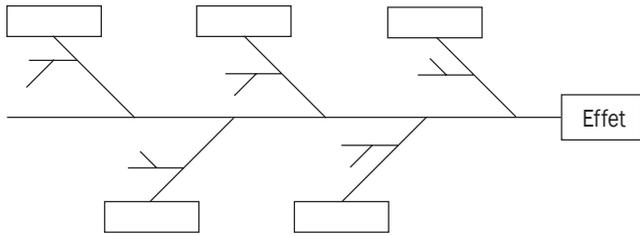
Le diagramme en arête de poisson aidera les équipes à effectuer un brainstorming au sujet des causes possibles d'un problème, à accumuler des connaissances au sujet du système causal qui entoure le problème, et à regrouper les causes en catégories générales.

Lorsque l'on utilise un diagramme en arête de poisson, plusieurs catégories de causes peuvent être appliquées. Les plus utilisées sont notamment :

- ◆ Ressources humaines, méthodes, matériel, mesures et équipement
- ◆ Clients, agents, fournitures, environnement et procédures
- ◆ Quoi ? Comment ? Quand ? Où ?

Les catégories pour ce type de diagramme de cause-effet sont très variables, en fonction du contexte. Le groupe devrait choisir les catégories qui lui semblent les plus pertinentes, et il devrait se sentir libre d'ajouter ou de supprimer des catégories, le cas échéant. Une équipe

**Figure 9.5 Structure du diagramme en arête de poisson**



d'amélioration de la qualité à l'Hôpital San Carlos, en Bolivie, a mis au point le diagramme en arête de poisson reproduit à la *Figure 9.6* pour que davantage d'attention soit accordée aux femmes en ce qui concerne les soins d'accouchement et les soins prénatals.

### Un enchaînement de causes (diagramme en arbre) et « les cinq pourquoi »

Le deuxième type d'analyse de cause-effet présenté est le *diagramme en arbre* qui met en évidence un enchaînement de causes. Il commence avec l'effet et les principaux groupes de causes, puis il pose les questions suivantes pour chaque branche : « Pourquoi cela se produit-il ? Qu'est-ce qui l'a provoqué ? » Le diagramme en arbre est une représentation schématique d'une méthode plus simple appelée *Les cinq pourquoi*. Elle montre les « couches » de causes, recherchant en profondeur la *cause première*. Cet outil peut être utilisé seul ou avec n'importe lequel des diagrammes de cause-effet.

### Comment utiliser une analyse de cause-effet ?

Bien qu'il existe plusieurs moyens d'effectuer une analyse

de cause-effet, les étapes pour y parvenir sont pratiquement les mêmes.

**Étape 1.** S'entendre sur le problème ou l'état désiré et l'inscrire dans la case *effet*. Essayez d'être précis. L'équipe peut s'enliser si les problèmes sont trop vastes ou trop vagues pour elle.

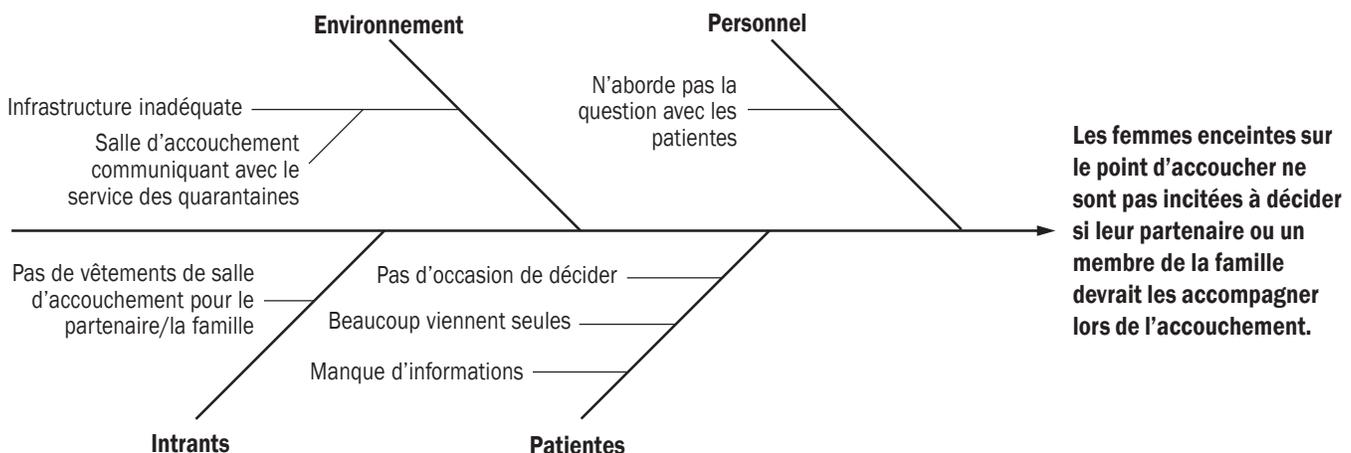
**Étape 2.** Si vous utilisez un diagramme en arbre ou un diagramme en arête de poisson, définissez de six à huit catégories principales de causes. Autre possibilité : l'équipe peut faire un brainstorming à propos des causes vraisemblables, puis elle peut les répartir entre plusieurs branches principales. L'équipe peut ajouter ou supprimer des catégories, le cas échéant, lorsqu'elle dégagne des causes. Chaque catégorie (ou étape) devrait être inscrite dans la case.

**Étape 3.** Identifiez les causes particulières et reportez-les sur les branches ou les sous-branches correctes. Utilisez un simple brainstorming pour générer une liste d'idées avant de les classer sur le diagramme ou utilisez l'élaboration des branches du diagramme pour susciter d'abord des idées. Ces deux méthodes aboutiront au même résultat. Utilisez la technique avec laquelle le groupe se sent le plus à l'aise. Si une idée convient pour plus d'une branche, la placer sur les deux.

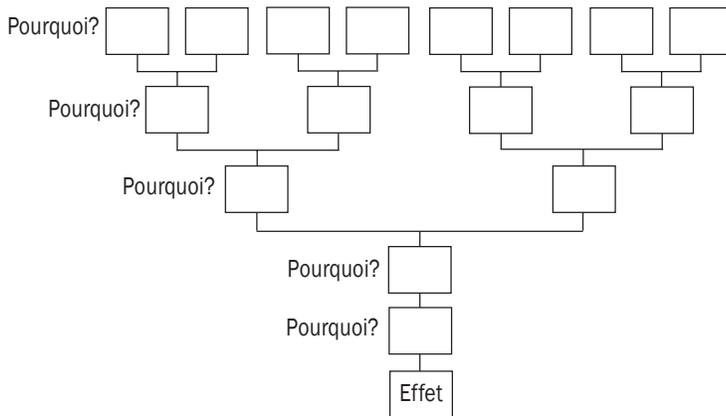
Assurez-vous que les causes telles qu'énoncées aient un lien direct et logique avec le problème ou l'effet figurant au niveau de la tête de l'arête de poisson.

Chaque branche principale (catégorie ou étape) devrait comprendre trois ou quatre causes possibles. Si une branche en a trop peu, amenez le groupe à trouver un moyen d'expliquer cette insuffisance ou demandez à d'autres personnes ayant certaines connaissances dans ce domaine de vous aider.

**Figure 9.6 Diagramme en arête de poisson utilisé à l'Hôpital San Carlos**



**Figure 9.7 Diagramme en arbre**



**Étape 4.** Continuez de poser la question « Pourquoi ? » et « Pourquoi encore ? » pour chaque cause, jusqu'à ce qu'une cause première potentielle ait été identifiée. Une cause première a les caractéristiques suivantes : (a) elle permet d'expliquer l'« effet », soit directement, soit par une série d'événements, et (b) si elle est supprimée, le problème sera éliminé ou atténué.

Essayez de vous assurer que ces « Pourquoi ? » aient des explications plausibles et que ces dernières puissent, si possible, se prêter à une intervention.

Vérifiez la logique de l'enchaînement des causes : lisez le diagramme en partant de la cause première et en vous dirigeant vers les effets pour voir si la démarche est logique. Apportez les changements nécessaires.

**Étape 5.** Faites choisir par les participants de l'équipe plusieurs domaines qui, à leur avis, constitueraient les causes les plus vraisemblables. Ces domaines peuvent être choisis grâce à un vote, afin d'utiliser au mieux le jugement collectif de l'équipe.

Utilisez cette liste réduite de causes probables pour mettre au point des outils de collecte de données simples, afin de valider la théorie du groupe. Si les données ne confirment aucune des causes probables, retournez au diagramme de cause-effet et choisissez d'autres causes à tester.

### Attention !

Souvenez-vous que les diagrammes de cause-effet représentent des hypothèses au sujet de causes, et non des faits. Si ces hypothèses ne sont pas testées, et si elles sont donc considérées comme des faits, on aboutit souvent à des solutions erronées et à une perte de temps. Pour déterminer la ou les causes premières, l'équipe doit recueillir des données pour valider les hypothèses.

### Exemple

**Question 1 :** **Pourquoi** a-t-on donné au patient un médicament qui ne convenait pas ?

**Réponse 1 :** Parce qu'il y avait une erreur dans l'ordonnance.

**Question 2 :** **Pourquoi** y avait-il une erreur dans l'ordonnance ?

**Réponse 2 :** Parce que le médecin a pris une mauvaise décision.

**Question 3 :** **Pourquoi** le médecin a-t-il pris une mauvaise décision ?

**Réponse 3 :** Parce que les renseignements dans le dossier du patient n'étaient pas complets.

**Question 4 :** **Pourquoi** le dossier du patient n'était-il pas complet ?

**Réponse 4 :** Parce que l'assistant du médecin n'avait pas inscrit dans le dossier les résultats des dernières analyses.

**Question 5 :** **Pourquoi** l'assistant du médecin n'avait-il pas inscrit les résultats des dernières analyses ?

**Réponse 5 :** Parce que le laborantin a téléphoné les résultats à la réceptionniste qui a oublié de les communiquer à l'assistant.

**Solution :** Mettre au point un système pour suivre les résultats des analyses.

L'« effet » ou le problème devraient être clairement énoncés pour dégager les hypothèses les plus pertinentes concernant la cause. Si l'« effet » ou le problème sont trop généraux ou mal définis, l'équipe aura du mal à se concentrer sur l'effet, et le diagramme sera par conséquent étalé et complexe.

Il vaut mieux formuler un maximum d'hypothèses pour qu'aucune cause première potentiellement importante ne soit oubliée.

Veillez à développer chaque branche totalement. Si l'équipe n'y parvient pas, il est possible qu'il lui faille davantage de renseignements ou l'aide d'autres intervenants pour développer pleinement toutes les branches.

## 9.10 Analyse des champs de forces

L'analyse des champs de forces, un outil conçu par Kurt Lewin, identifie les forces qui peuvent contribuer ou nuire à l'obtention du résultat désiré. Elle illustre une situation qui représente un point d'équilibre entre deux ensembles de forces: un ensemble qui essaie de changer le statu quo, et l'autre qui cherche à le maintenir. Cette méthode concentre notre attention sur les moyens d'atténuer des forces entravant le processus, et elle encourage les forces positives. L'analyse des champs de forces encourage un consen-

---

---

sus et une réflexion au sein d'un groupe à travers la discussion sur les causes sous-jacentes d'un problème.

### Quand l'utiliser ?

Étant donné que l'analyse des champs de forces oblige les gens à réfléchir ensemble au sujet des facteurs qui pous-

sent au maintien ou à l'abandon du statu quo, elle aide les membres de l'équipe à envisager chaque cas comme deux ensembles de facteurs qui s'équilibrent. Elle peut être utilisée pour étudier des problèmes existants ou pour anticiper et planifier plus efficacement un changement.

#### *Utilisez l'analyse des champs de forces pour :*

- ◆ Planifier la mise en œuvre d'un changement
- ◆ Faire garder les pieds sur terre aux membres du groupe en ce qui concerne les changements et les obstacles qu'ils pourraient rencontrer
- ◆ Parvenir à un consensus et répondre aux préoccupations

Lorsqu'elle est utilisée pour examiner un problème, l'analyse des champs de forces est particulièrement utile pour définir des questions plus subjectives, telles que le moral des personnes, la gestion, l'efficacité et l'ambiance de travail.

L'analyse des champs de forces peut aussi aider les membres de l'équipe à garder les pieds sur terre, lorsqu'ils commencent à préparer un changement, en les obligeant à envisager systématiquement le genre de résistance auquel ils pourraient se heurter. La réalisation d'une analyse des champs de forces peut contribuer à établir un consensus en facilitant la discussion des objections soulevées et en réfléchissant à la manière de répondre à ces inquiétudes.

### Comment l'utiliser ?

**Étape 1.** Énoncez le problème ou l'état souhaité et assurez-vous que tous les membres de l'équipe le comprennent. Vous pouvez formuler l'énoncé en fonction des facteurs qui contribuent ou qui nuisent à un état souhaité ou en fonction des facteurs qui contribuent ou qui nuisent au statu quo ou à l'état du problème.

**Étape 2.** Organisez un brainstorming sur les forces positives et les forces négatives.

**Étape 3.** Passez en revue et précisez chaque force ou facteur. Qu'est-ce qu'il y a derrière ces facteurs? Qu'est-ce qui est efficace pour équilibrer la situation ?

**Étape 4.** Déterminez quelle est l'ampleur des forces négatives (fortes, moyennes, faibles) qui empêchent l'état désiré ou l'amélioration de la situation qui pose des problèmes.

Celles qui ont le plus grand impact devraient être testées comme étant des causes vraisemblables lorsque l'analyse des champs de forces est utilisée pour l'analyse de problèmes. Si la méthode est employée pour élaborer des solutions, les facteurs ayant l'impact le plus fort peuvent devenir le point central des plans visant à atténuer les réticences face au changement.

**Étape 5.** Concevez un plan d'action qui s'attaquera aux forces les plus négatives.

### Attention !

Si une force importante est omise, son impact peut avoir des répercussions négatives sur un plan d'action. Toutes les forces ou facteurs importants doivent être inclus et envisagés.

## 9.11 Outils statistiques/de présentation des données

Les statistiques descriptives nous permettent de comprendre les données par des valeurs résumées et par des représentations graphiques. Les valeurs résumées comprennent non seulement la moyenne mais aussi la dispersion, la médiane, le mode, l'intervalle de variation et l'écart-type. Il est important de regarder les statistiques résumées en même temps que la série de données pour comprendre le tableau dans son ensemble, étant donné que les mêmes statistiques peuvent décrire des séries de données très différentes. Les statistiques descriptives peuvent être illustrées d'une manière compréhensible si elles sont présentées graphiquement au moyen d'outils statistiques ou de présentation de données.

Lorsque l'on crée des représentations graphiques, il faut garder à l'esprit les questions suivantes (IHI 1995) :

- ◆ Qu'est-ce que j'essaie de communiquer ?
- ◆ À qui est-ce que je m'adresse ?
- ◆ Qu'est-ce qui peut empêcher ce public de comprendre cette représentation graphique ?
- ◆ Est-ce que la représentation graphique explique la question dans sa totalité ?

Il existe plusieurs types d'outils statistiques et de présentation des données, notamment : (a) Les graphiques qui représentent des fréquences (diagrammes en bâtons, diagrammes à secteurs, courbe de Pareto) ; (b) Les graphiques qui représentent des tendances (graphiques de fréquence-temps, graphiques de contrôle) ; (c) Les graphiques qui représentent des distributions (histogrammes) ;

(d) Les graphiques qui représentent des associations (graphiques de dispersion).

Différents types de données nécessitent différentes sortes d'outils statistiques. Il y a deux types de données. Les *données catégorielles* sont des données qu'on peut compter ou des données susceptibles d'être classées par catégories, par exemple, le nombre de personnes disposées à payer, le nombre de réclamations, le pourcentage de gens qui veut du bleu/ le pourcentage qui veut du rouge/ le pourcentage qui veut du jaune. Les *données variables* sont des données de mesure, basées sur une échelle continue, par exemple, la durée, le temps, le coût.

### Diagramme en bâtons et diagramme à secteurs

Les diagrammes en bâtons et les diagrammes à secteurs comparent, au moyen de figures, des dimensions, des montants, des quantités ou des proportions pour divers types d'éléments ou groupes d'éléments.

#### Quand les utiliser ?

Les diagrammes en bâtons et les diagrammes à secteurs peuvent être utilisés pour définir ou pour choisir des problèmes à traiter, pour analyser des problèmes, pour vérifier des causes et pour évaluer des solutions. Ils facilitent la compréhension des données car ils présentent les données sous forme d'images qui font ressortir clairement les résultats. Cette méthode est particulièrement utile pour présenter les résultats aux membres de l'équipe, aux administrateurs et aux autres parties concernées. Les diagrammes en bâtons et les diagrammes à secteurs illustrent des résultats qui comparent différents groupes. Ils peuvent aussi être utilisés avec des données variables lorsque les données ont été groupées. Les diagrammes en bâtons sont très utiles pour faire des comparaisons entre catégories, tandis que les diagrammes à secteurs servent à représenter des proportions relatives de divers éléments qui forment un ensemble (découpage du cercle en secteurs).

#### Quel type de diagramme en bâtons choisir ?

Les équipes ont le choix entre trois types de diagrammes en bâtons, selon le type de données dont elles disposent et selon les aspects qu'elles veulent faire ressortir :

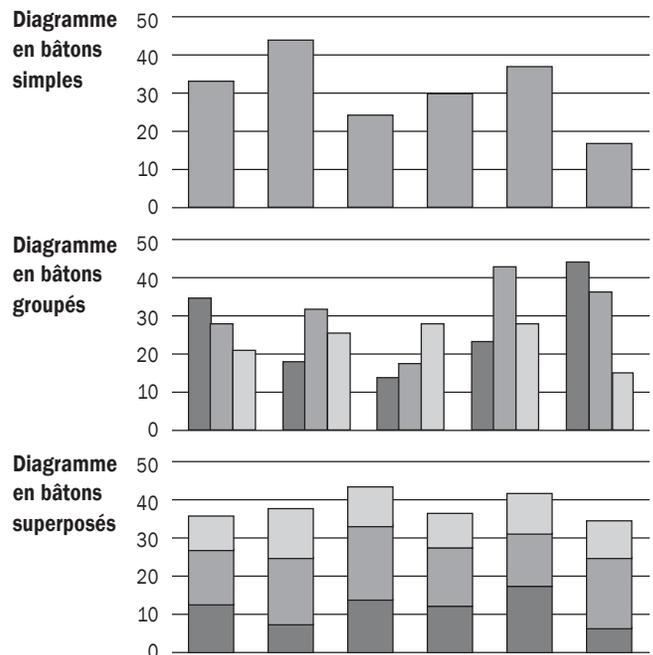
Les *diagrammes en bâtons simples* répartissent les données par catégories simples.

**Tableau 9.12 Choix des outils de présentation des données**

Pour montrer	Utilisez	Données nécessaires
<b>Fréquence d'occurrence :</b> pourcentages simples, ou comparaisons de grandeurs	Diagramme en bâtons Diagramme à secteurs	Classement par catégories (les données peuvent être des données catégorielles ou des données variables réparties par catégories)
<b>Variation liée au temps</b>	Courbe de Pareto	Des mesures prises dans l'ordre chronologique (on peut utiliser des données catégorielles ou des données variables)
<b>Distribution :</b> variation non liée au temps (distributions)	Graphique linéaire Graphique de fréquence-temps Graphique de contrôle	Quarante mesures ou plus (pas nécessairement par ordre chronologique, données variables)
<b>Association :</b> chercher un lien entre deux choses	Histogramme Diagramme de dispersion	Quarante mesures ou plus, par paires (mesures des deux éléments qui vous intéressent, données variables)

Les *diagrammes en bâtons groupés* divisent les données en groupes à l'intérieur de chaque catégorie et ils montrent des comparaisons entre groupes d'individus ainsi qu'entre catégories (Ils fournissent des renseignements plus utiles qu'un simple total de tous les éléments).

**Figure 9.8 Diagrammes en bâtons**



Les *diagrammes en bâtons superposés* qui, tout comme les diagrammes en bâtons groupés, utilisent des données groupées par catégories (ils montrent clairement la somme des parties et la contribution de chaque groupe à ce total.).

#### Comment utiliser un diagramme en bâtons ?

**Étape 1.** Choisissez le type de diagramme en bâtons qui met en évidence les résultats sur lesquels on veut se concentrer. Les diagrammes en bâtons groupés ou superposés exigeront au moins deux variables de classification. Si vous utilisez des diagrammes en bâtons superposés, additionnez les données à l'intérieur de chaque catégorie pour obtenir des totaux combinés avant de dessiner le graphique.

**Étape 2.** Tracez un axe vertical pour représenter les valeurs de la variable de comparaison (par exemple, nombre, coût, temps). Établissez l'amplitude des données en soustrayant la valeur la plus petite de la valeur la plus grande. Établissez l'échelle de l'axe vertical pour qu'elle soit égale à environ une fois et demie l'amplitude et indiquez sur l'axe l'échelle et l'unité de mesure.

**Étape 3.** Déterminez le nombre de bâtons à utiliser. Il sera égal au nombre de catégories pour les diagrammes en bâtons simples et superposés. Lorsqu'on utilise un diagramme en bâtons groupés, le nombre de bâtons sera égal au nombre de catégories multiplié par le nombre de groupes. Ce chiffre est important pour décider de la longueur de l'axe horizontal.

**Étape 4.** Donnez aux bâtons la même largeur pour chaque élément et indiquez les catégories et les groupes. Donnez un titre au graphique. Indiquez l'échantillon et la période de temps couverte par les données ; donnez un titre à chaque bâton.

#### Comment utiliser un diagramme à secteurs ?

**Étape 1.** En utilisant les données à représenter, calculez la contribution en pourcentage de chaque catégorie. Totalisez d'abord toutes les valeurs. Divisez ensuite la valeur de chaque catégorie par le total. Multipliez maintenant le résultat par 100 pour obtenir un pourcentage pour chaque valeur.

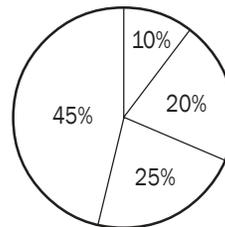
**Étape 2.** Tracez un cercle. En utilisant les pourcentages, déterminez quelle portion du cercle sera représentée par chaque catégorie. Cette opération peut se faire soit approximativement, soit en calculant le nombre de degrés et en se servant d'un compas. Visuellement, divisez le cercle en quatre quarts représentant chacun 25 pour cent.

**Étape 3.** Définir les secteurs en estimant l'importance relative de chaque catégorie par rapport aux autres. Le calcul du nombre de degrés peut se faire en multipliant le

pourcentage par 3,6 (un cercle fait 360 degrés) et en utilisant ensuite un compas pour tracer les secteurs.

**Étape 4.** Donnez un titre au graphique qui indique l'échantillon et la période couverte par les données. Indiquez sur chaque secteur son pourcentage ou sa proportion (par exemple, 25 pour cent ou un quart) et indiquez ce que représente chaque secteur (par exemple, les gens qui sont revenus pour une visite de suivi ; les gens qui ne sont pas revenus).

Figure 9.9 Diagramme à secteurs



#### Attention !

N'utilisez pas trop de notations sur les graphiques. Veillez à ce que ces notations soient aussi simples que possible et qu'elles ne comprennent que les renseignements nécessaires à l'interprétation du graphique.

Ne tirez pas de conclusions si elles ne sont pas justifiées par les données. Par exemple, il est possible que, pour établir l'existence d'une tendance, il faille davantage de tests statistiques, et il est vraisemblable qu'un graphique ne suffirait pas. Les différences entre les groupes peuvent aussi nécessiter d'autres tests statistiques pour déterminer si elles sont significatives.

Lorsque vous le pourrez, utilisez des diagrammes en bâtons ou des diagrammes à secteurs pour appuyer l'interprétation des données. Ne partez pas du principe que les résultats ou les points sont si clairs et si évidents qu'un graphique serait inutile pour présenter clairement une situation.

Un graphique ne doit ni mentir, ni induire en erreur ! Pour éviter cet écueil, suivez les recommandations ci-dessous :

- ◆ Les échelles doivent avoir des graduations régulières
- ◆ Les graphiques à comparer doivent également utiliser la même échelle et les mêmes symboles
- ◆ Les graphiques doivent être faciles à lire

## Graphique de fréquence-temps

Les graphiques de fréquence-temps illustrent une variation dans un certain processus dans le temps, et ils aident à détecter les causes particulières (externes) de cette variation. Ils facilitent la perception et la compréhension des tendances et autres variations non-aléatoires. En comprenant les schémas et les tendances du passé, les groupes peuvent alors utiliser les graphiques de fréquence-temps pour prédire les performances futures.

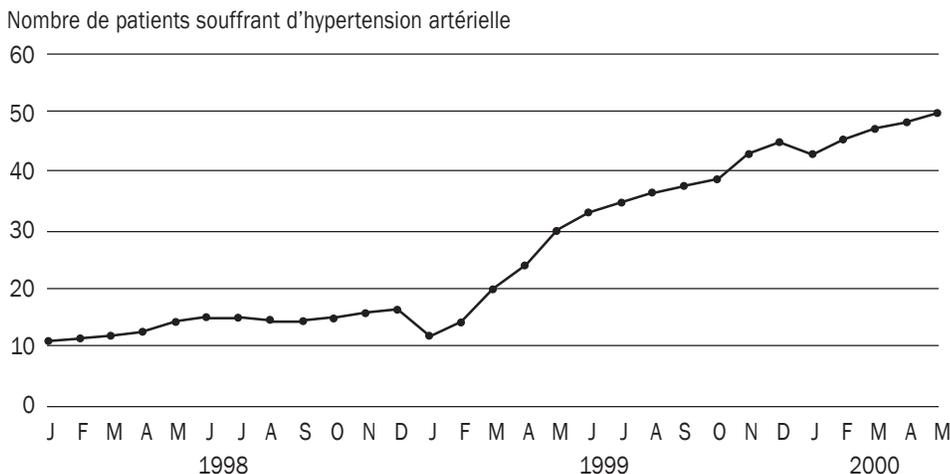
### Utilisez le graphique de fréquence temps pour :

- ◆ Détecter des tendances dans le temps
- ◆ Déterminer s'il y a un changement dans le processus

### Quand utiliser des graphiques de fréquence-temps ?

Si l'analyse de données se concentre sur des statistiques qui présentent seulement une situation dans son ensemble (comme la moyenne, l'amplitude et la variation), les tendances dans le temps risquent souvent de passer inaperçues. Ainsi, les changements peuvent être occultés et les problèmes peuvent rester sans solution. Les graphiques de fréquence-temps montrent sous forme schématique des modifications, des tendances, des cycles ou autres variations non-aléatoires dans le temps. Ils peuvent servir à identifier des problèmes (en montrant une tendance qui s'écarte des résultats désirés) et à suivre les progrès accomplis durant la mise en œuvre de solutions.

**Figure 9.10** Graphique de fréquence-temps relatif aux patients souffrant d'hypertension sous observation (pour 1 000), Tula Oblast, Russie



## Comment utiliser un graphique de fréquence-temps ?

Une séquence est une série de points consécutifs qui se situent en dessus ou en dessous de la ligne centrale (moyenne ou médiane). Les points d'un diagramme de fréquence-temps marquent les événements uniques (combien se sont produits à un certain moment ?). Une séquence est interrompue lorsqu'elle franchit la ligne centrale. Les valeurs sur la ligne centrale ne sont pas prises en compte : elles n'interrompent pas la séquence et elles ne sont pas comptées comme points de la séquence. Les étapes de base pour la création d'un graphique de fréquence-temps sont les suivantes :

**Étape 1.** Recueillez au moins 25 points de données (nombre, temps, coût), notez à quel moment chacune de ces mesures a été prise. Organisez les données par ordre chronologique.

**Étape 2.** Faites en sorte que l'échelle pour l'axe vertical soit égale à une fois et demie l'amplitude. Portez sur cet axe l'échelle et l'unité de mesure.

**Étape 3.** Tracez l'axe horizontal et marquez la mesure de temps (minute, heure, jour, équipe, semaine, mois, années, etc.) et marquez l'axe.

**Étape 4.** Reportez les points sur le papier et reliez-les entre eux par une ligne droite entre chaque point. Tracez la ligne centrale (la moyenne des points de données).

Les indications suivantes sont utiles pour l'interprétation d'un diagramme de fréquence-temps :

- ◆ Huit points consécutifs en dessus (ou en dessous) de la ligne centrale (moyenne ou médiane) suggèrent un changement dans le processus
- ◆ Six points successifs croissants (ou décroissants) suggèrent une tendance
- ◆ Quatorze points successifs situés alternativement en haut et en bas de la ligne centrale suggèrent un processus cyclique

### Quand et comment utiliser un graphique de contrôle ?

Si le graphique de fréquence-temps fournit des données suffisantes, il est possible de calculer les « limites de contrôle » pour un processus ; l'addition de ces limites de contrôle crée un *graphique de contrôle*. Les limites de contrôle indiquent le niveau normal de variation auquel on peut s'attendre ; ce type de variation est désigné par l'expression de *variation de cause commune*. Toutefois, les points qui se situent à l'extérieur des limites de contrôle, indiquent une variation inhabituelle pour le processus ; ce type de variation est désigné par l'expression de variation de *cause spéciale*. Cet outil analytique aide à faire la distinction entre des variations de cause commune et de cause spéciale, permettant ainsi aux équipes et aux gens pris individuellement de se concentrer sur les efforts d'amélioration de la qualité axés sur l'élimination des causes spéciales de variation (par exemple, des événements imprévus).

#### Utilisez les graphiques de contrôle pour :

- ◆ Suivre la performance d'un système
- ◆ Faire une distinction entre les causes spéciales et communes de variation
- ◆ Découvrir et suivre la variation au sein d'un processus

### Attention !

Prenez soin de ne pas utiliser trop de notations sur les graphiques de fréquence-temps. Elles doivent être aussi simples que possible et n'inclure que les renseignements nécessaires à l'interprétation du graphique.

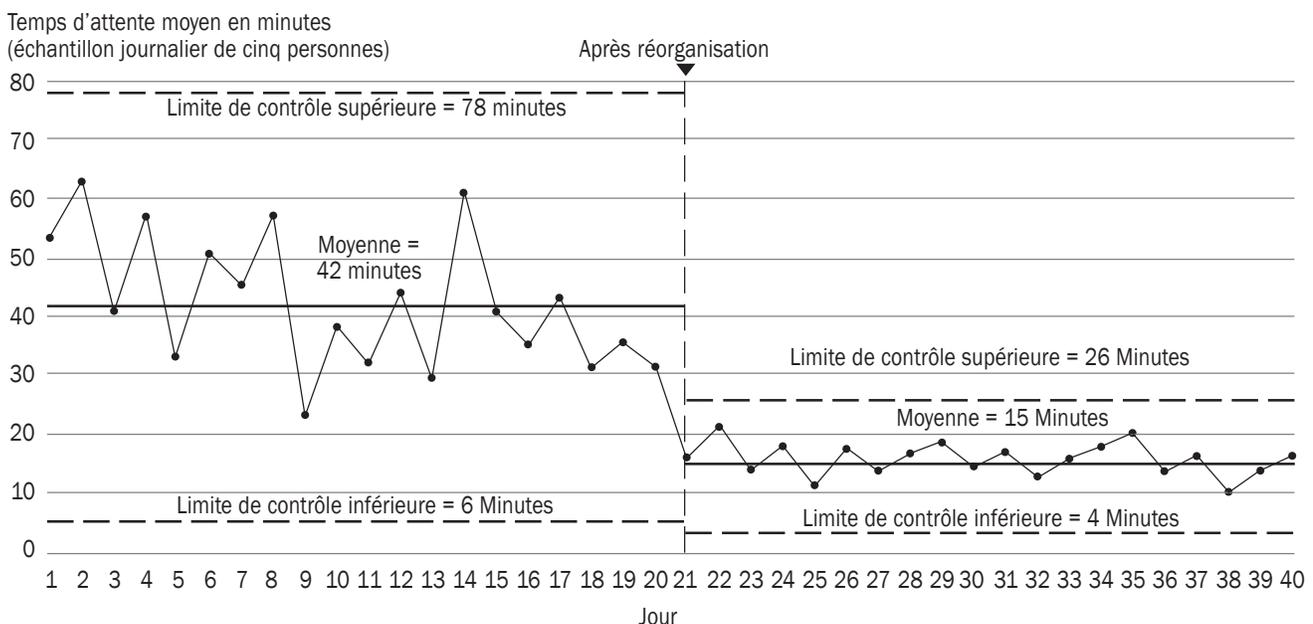
Ne tirez pas de conclusions majeures à partir des données si celles-ci ne le justifient pas. Certaines tendances et interprétations peuvent exiger d'autres tests statistiques pour déterminer si elles sont significatives.

Chaque fois que vous le pouvez, utilisez des diagrammes de fréquence-temps pour montrer une variation dans le processus. Ne supposez pas que les résultats ou les points sont si clairs et si évidents qu'on puisse se passer d'un graphique de fréquence-temps.

Un graphique de fréquence-temps ne doit ni mentir, ni induire en erreur ! Pour éviter cela, suivre les recommandations suivantes :

- ◆ Les échelles doivent avoir des graduations régulières
- ◆ Les graphiques à comparer doivent également utiliser la même échelle et les mêmes symboles
- ◆ Les graphiques doivent être faciles à lire

**Figure 9.11 Temps moyen d'attente avant et après une réorganisation du processus**



## Histogramme

L'histogramme est un graphique qui montre une seule variable sous forme de bâtons pour indiquer la fréquence qu'on peut attendre

d'un certain événement en illustrant le profil de la variation (distribution) des données. Un tel profil a trois aspects : le centre (moyenne), la forme de la courbe et la largeur de la courbe. Les histogrammes sont construits au moyen de variables

– comme le temps, l'importance, la température – et ils ne conviennent pas pour des données catégorielles.

### Utilisez l'histogramme quand :

- ◆ Les données sont continues, par exemple la température, le temps ou une suite de chiffres
- ◆ Il y a beaucoup de données et elles sont difficiles à comprendre dans des tableaux
- ◆ Vous voulez montrer les endroits pour lesquels il y a beaucoup de données, et les points finaux

### Quand l'utiliser ?

Toutes les données présentent une variation. Les histogrammes aident à interpréter cette variation en rendant les profils de variation clairs. Ils illustrent visuellement un cas précis, d'une manière qui serait impossible avec un tableau de chiffres (mesures). Les histogrammes peuvent servir à identifier et à vérifier les causes de problèmes. Ils peuvent servir aussi à évaluer une solution, en vérifiant si elle a éliminé la cause du problème.

### Comment l'utiliser ?

**Étape 1.** À partir de chiffres bruts (les données), trouvez les valeurs les plus élevées et les plus faibles. C'est l'amplitude.

**Étape 2.** Déterminez le nombre de bâtons à utiliser dans l'histogramme. Si on en utilise un trop grand nombre, le profil peut se perdre dans le détail ; si on en utilise trop peu, le profil risquera de s'estomper à l'intérieur des bâtons. Le *Tableau 9.13* donne des indications pour choisir le nombre de bâtons appropriés.

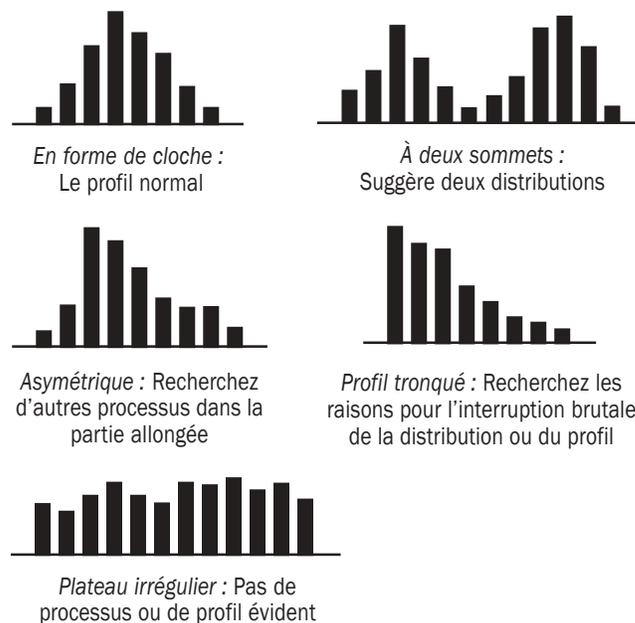
**Tableau 9.13** Quand utiliser un histogramme ?

Nombre de points de données	Nombre de bâtons
< 50	5-7
50-100	6-10
101-250	7-12
> 250	10-20

**Étape 3.** Déterminez la largeur de chaque bâton en divisant l'amplitude par le nombre de bâtons. Commencant ensuite par la valeur la plus petite, déterminez la classe de valeurs à inclure ou à représenter dans chaque bâton.

**Étape 4.** Créez un tableau de compilation tel celui figurant au *Tableau 9.14* et inscrivez les limites pour chaque classe.

**Figure 9.12** Types d'histogrammes



**Tableau 9-14** Tableau de compilation pour la construction d'un histogramme

Bâtons	Limites	Décompte	Total
1			
2			
3			
4			
5			

**Étape 5.** Terminez le tableau de compilation en comptant le nombre de mesures pour chaque bâton et en calculant le nombre total de mesures dans chaque bâton.

**Étape 6.** Tracez l'axe horizontal et l'axe vertical et indiquez ce qu'ils représentent

**Étape 7.** Tracez les bâtons pour qu'ils correspondent aux totaux de la table de fréquences

**Étape 8.** Identifiez et classifiez le profil de la variation. La Figure 9.12 illustre les différentes formes possibles et leur interprétation.

### Attention !

Les observations quotidiennes simples ne fournissent souvent pas assez de renseignements concernant le processus, et les moyennes ou amplitudes ne résument pas convenablement les données. L'erreur à éviter est de ne pas utiliser l'histogramme; c'est un outil utile et nécessaire.

Si la variation est minime, il se peut que l'histogramme ne soit pas assez sensible pour détecter des différences significatives dans la variabilité ou dans les sommets de la distribution, surtout si on utilise une série de données portant sur un petit échantillon. Il existe des outils statistiques avancés qui sont adaptés à de telles situations.

### Diagramme de dispersion

Un diagramme de dispersion est une autre forme de représentation visuelle de données. Il montre l'association entre deux variables qui agissent continuellement sur le même élément. Le diagramme de dispersion illustre la force de la *corrélation* entre les

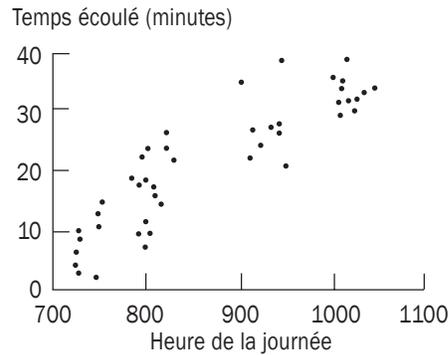
variables par la pente de la courbe. Cette corrélation peut montrer une relation *causale*, mais elle n'en apporte pas nécessairement la preuve. Il est donc important de ne pas tirer de conclusions hâtives au sujet de la relation entre des variables étant donné

qu'il y a peut-être une autre variable qui modifie la relation. Par exemple, l'analyse d'un diagramme de dispersion de la relation entre le poids et la taille pourrait amener à penser que les deux variables sont liées. Cette relation toutefois ne signifie pas qu'il y ait un lien de causalité ; par

*Utilisez le diagramme de dispersion lorsque :*

- ◆ Vous soupçonnez l'existence d'une relation entre deux variables
- ◆ Les données sont continues, telles que la température, le temps ou une suite de nombres
- ◆ Vous avez besoin d'une méthode facile pour tester les relations entre des variables

**Figure 9.13 Diagramme de dispersion**



exemple, alors que la croissance peut se traduire par un gain de poids, le fait que quelqu'un grossisse ne signifie pas nécessairement qu'il grandisse. Le diagramme de dispersion est facile à utiliser mais il devrait être interprété avec prudence étant donné que l'échelle est peut-être trop petite pour voir la relation entre les variables ou bien que des facteurs créant la confusion peuvent entrer en jeu.

### Quand l'utiliser ?

Les diagrammes de dispersion permettent de visualiser sur une page la relation entre deux variables continues – ce qui serait impossible avec des données brutes. Les diagrammes de dispersion peuvent servir à examiner une relation de cause à effet entre des données variables (données de mesure continue). Ils peuvent aussi montrer des liens entre deux effets pour déterminer s'ils pourraient provenir d'une cause commune ou s'ils sont interchangeables. Ils peuvent aussi examiner le lien entre deux causes.

### Comment l'utiliser ?

Les diagrammes de dispersion sont faciles à construire.

**Étape 1.** Recueillez au moins 40 points de données en paires : les données « en paire » sont des mesures à la fois de la cause qui est testée et de son effet supposé à un certain moment dans le temps.

**Étape 2.** Tracez les deux axes, avec la « cause » sur l'axe horizontal et l'« effet » sur l'axe vertical.

**Étape 3.** Déterminez la valeur la plus grande et la valeur la plus petite de chaque variable et marquez les axes en conséquence.

**Étape 4.** Reportez les points en paire sur le diagramme. Si plusieurs paires ont une même valeur, tracez autour du point autant de cercles qu'il y a de paires supplémentaires pour ces mêmes valeurs.

**Étape 5.** Identifiez et classifiez la configuration de l'association en utilisant les graphiques ci-dessous, graphiques qui illustrent la configuration et les interprétations possibles.

**Attention !**

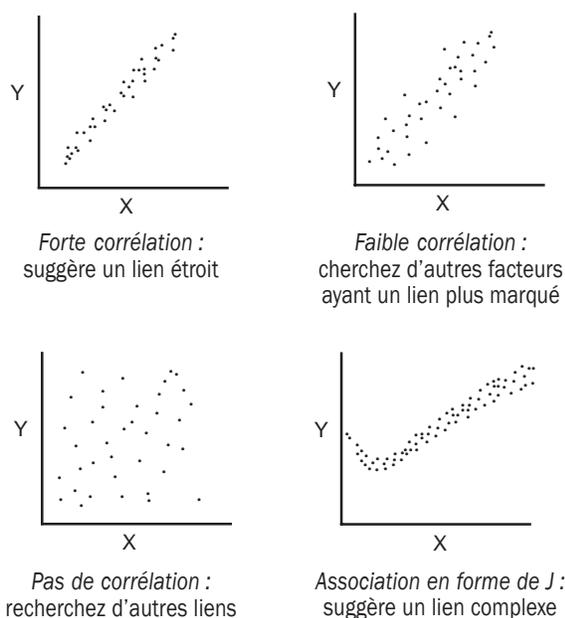
Des stratifications différentes des données peuvent faire apparaître ou disparaître certaines configurations. Lorsque vous essayez différentes stratifications et leurs effets sur le graphique de dispersion, indiquez comment les données sont stratifiées, de sorte que l'équipe puisse étudier les implications.

L'interprétation peut être limitée par l'échelle utilisée. Si l'échelle est trop petite, et si les points sont trop rapprochés, la configuration de la corrélation peut se présenter différemment. Déterminez l'échelle de sorte que les points couvrent une bonne partie des deux axes et que ces deux axes soient à peu près de la même longueur.

Méfiez-vous des effets de facteurs qui créent une confusion. Parfois, la corrélation observée est due à une cause autre que celle qui est étudiée. Si vous soupçonnez un facteur de confusion, stratifiez les données en fonction de cet élément. Si le facteur crée vraiment la confusion, le lien sur le diagramme changera de façon significative.

Évitez la tentation de tracer une ligne à peu près au milieu des points. Cette technique peut induire en erreur. Une véritable ligne de régression est déterminée de manière

**Figure 9.14** Interprétation d'un diagramme de dispersion



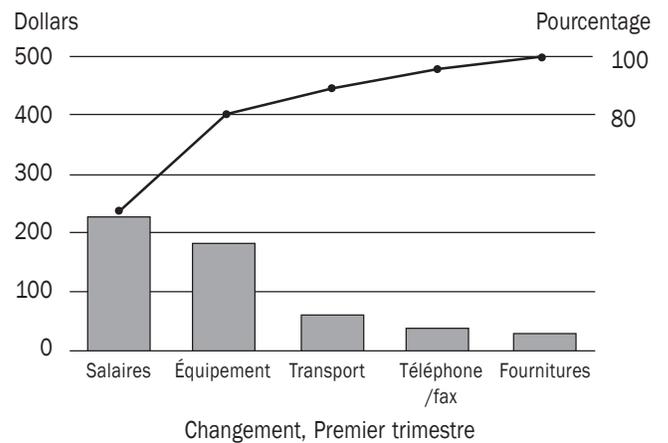
mathématique. Consultez un spécialiste en statistiques ou un manuel de statistiques avant d'utiliser une ligne de régression.

Les graphiques de dispersion mettent en évidence des liens mais ils ne prouvent pas qu'une variable soit la cause d'une autre.

**Courbe de Pareto**

En AmQ, une courbe de Pareto met en évidence des faits qui sont nécessaires pour établir des priorités. Elle organise et présente des renseignements pour montrer l'importance relative de divers problèmes ou causes de problèmes. Il s'agit grosso modo d'une variante du diagramme vertical en bâtons qui ordonne des éléments (du plus grand au plus petit) par rapport à un certain effet intéressant et mesurable : fréquence, coût, temps. La courbe se fonde sur le principe de *Pareto* selon lequel chaque fois que plusieurs facteurs ont une incidence sur une situation, un petit nombre seulement de facteurs sera responsable de la plus grande partie de l'impact. Le principe de Pareto décrit un phénomène dans lequel 80 pour cent de la variation observée dans des processus de tous les jours peut s'expliquer par seulement 20 pour cent des causes de cette variation.

**Figure 9.15** Courbe de Pareto



En plaçant les éléments par ordre de fréquence décroissant, il est facile de discerner les problèmes qui sont les plus importants ou les causes qui semblent responsables de l'essentiel de la variation. Ainsi, une courbe de Pareto aide les équipes à concentrer leurs efforts sur des points particuliers susceptibles d'avoir un impact maximum.

### Quand l'utiliser ?

Les courbes de Pareto aident les équipes à se concentrer sur un petit nombre de problèmes ou de causes de problèmes vraiment importants. Elles sont utiles pour établir des priorités en montrant quels sont les problèmes les plus sérieux ou les causes à cibler. La comparaison de courbes de Pareto illustrant une situation donnée dans le temps peut aussi permettre de voir si une solution appliquée a réduit la fréquence relative ou le coût de ce problème ou de cette cause.

#### Utilisez la courbe de Pareto pour :

- ◆ Vous concentrer sur des domaines prioritaires
- ◆ Classer des facteurs par ordre de priorité et les interpréter graphiquement d'une manière simple et rapide

### Comment l'utiliser ?

**Étape 1.** Élaborer une liste de problèmes, d'éléments ou de causes à comparer.

**Étape 2.** Élaborez une mesure standard pour comparer les éléments.

- ◆ Se produit tous les combien ? Fréquence (par exemple, utilisation, complications, erreurs)
- ◆ Quelle en est la durée ? Temps
- ◆ Combien de ressources faut-il ? Coût

**Étape 3.** Choisissez un horizon temporel pour la collecte des données.

**Étape 4.** Calculez pour chaque élément la fréquence de sa survenue (ou bien son coût ou encore le temps que l'événement a duré). Additionnez ensuite ces montants pour obtenir le total général pour tous les éléments. Trouvez le pourcentage que représente chaque élément dans le total

**Tableau 9.15 Synthèse des éléments dans un tableau de compilation**

Causes de l'arrivée tardive	Nombre de fois	Pourcentage
Problèmes de famille	8	11
S'est réveillé tard	20	27
A dû prendre l'autocar	4	6
Embouteillage	32	44
Malade	6	8
Mauvais temps	3	4
Total	73	100

général en prenant la somme des composantes de l'élément, en divisant cette somme par le total général et en multipliant par 100.

**Étape 5.** Faites une liste des éléments qui sont comparés, par ordre décroissant de la mesure de comparaison : par exemple, du plus fréquent au moins fréquent. Le pourcentage cumulatif pour un élément est la somme du pourcentage de cet élément du total et de celle de tous les autres éléments qui le précèdent dans le classement par rang.

**Étape 6.** Faites une liste des éléments de l'axe horizontal du graphique, du plus élevé au plus faible. Marquez sur l'axe vertical de gauche les chiffres (fréquence, temps ou coût), puis indiquez sur l'axe vertical de droite les pourcentages cumulatifs (le total cumulatif devrait être égal à 100 pour cent). Dessinez les bâtons pour chaque élément.

**Tableau 9.16 Ordonner des éléments dans un tableau de compilation**

Causes de l'arrivée tardive (dans l'ordre décroissant)	Nombre de fois	Pourcentage	Pourcentage cumulatif
Embouteillage	32	44	44
S'est réveillé tard	20	28	71
Problèmes de famille	8	10	82
Malade	6	8	90
A dû prendre l'autocar	4	6	96
Mauvais temps	3	4	100

**Étape 7.** Tracez une courbe simple des pourcentages cumulatifs. Le premier point sur cette courbe devrait être aligné sur le haut du premier bâton.

**Étape 8.** Analysez le diagramme en identifiant les éléments qui semblent être à l'origine de la plus grande partie des difficultés. Faites-le en recherchant une cassure nette sur la courbe du graphique, à l'endroit où elle commence à s'aplatir rapidement. S'il n'y pas de cassure, identifiez les éléments qui comptent pour 50 pour cent ou plus de l'effet. Si aucune configuration ne se dégage (les bâtons sont tous à peu près à la même hauteur), pensez à certains facteurs qui pourraient avoir une incidence sur le résultat, comme au jour de la semaine, à l'équipe du moment, au groupe d'âge des patients, à leur village. Sous-divisez ensuite les données et préparez des courbes de Pareto distinctes pour chaque sous-groupe, et voyez si une configuration plus précise se dégage.

### Attention !

Essayez d'utiliser des données objectives plutôt que des opinions et des votes.

---

---

## Fenêtre du client

Une fenêtre du client est un outil permettant d'obtenir une rétroinformation des clients au sujet des produits et des services qu'ils utilisent. Elle diffère d'une enquête auprès de clients, dans la mesure où une enquête interroge les clients au sujet de la performance d'un produit ou d'un service, sur la base des idées du concepteur de l'enquête quant aux attentes et aux besoins des clients. Une fenêtre du client pose des questions de façon très générale, permettant au client d'exprimer ses besoins, ses attentes, ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas, en ses propres termes et par rapport à son optique personnelle.

### Quand l'utiliser ?

Une fenêtre du client peut servir à obtenir auprès des clients des renseignements qu'ils formulent en leurs propres termes à propos de ce qu'ils veulent ou de ce qui leur plaît dans le service actuel. Ce n'est en réalité qu'une étape vers la compréhension de ce qui est important pour les clients. Les éléments énoncés n'auront pas tous le même poids, et il faudra peut-être une discussion plus poussée avec les clients pour identifier les domaines qui sont véritablement prioritaires. Une fenêtre du client peut être utilisée seule ou pour préparer une collecte de données plus formelle par le biais d'enquêtes – utilisée ainsi, elle peut aider à formuler des questions plus pertinentes pour l'enquête. Les fenêtres du client peuvent servir aussi lors de la conception de solutions, pour obtenir des renseignements qui permettront d'éviter des erreurs commises dans la planification par le passé.

### Comment l'utiliser ?

**Étape 1.** Déterminez le produit, le secteur ou le service pour lequel une rétroinformation est souhaitée. Cernez le type de rétroinformation que l'on recherche. Souhaite-t-on une rétroinformation sur l'ensemble de la gamme de produits et de services fournis ? L'équipe s'intéresse-t-elle davantage à des aspects particuliers ? Par exemple, on pourrait demander aux clients d'apporter une rétroinformation sur tous les services de santé qu'ils reçoivent ou bien l'équipe pourrait souhaiter se concentrer sur des activités de santé particulières, comme les vaccinations et les soins curatifs.

**Étape 2.** Recueillez des renseignements auprès des clients en leur demandant de répondre aux questions suivantes :

- ◆ Qu'obtenez-vous que vous désirez ? Qu'obtenez-vous qui correspond à vos besoins et à vos attentes ?
- ◆ Qu'obtenez-vous qui ne correspond vraiment pas à ce que vous voulez ou à vos besoins ?
- ◆ Que souhaitez-vous obtenir que vous n'obtenez pas actuellement ?

- ◆ Quels besoins anticipez-vous dans l'avenir ?
- ◆ Quelles suggestions avez-vous pour des améliorations concernant les produits ou services que nous vous fournissons ?

Il y a deux façons d'appliquer la fenêtre du client : à un groupe de clients ou à des clients pris individuellement.

*Application à un groupe :* Préparez un grand cadre qui représente la fenêtre du client (Tableau 9.17) sur une feuille de tableau à feuilles mobiles ou sur un tableau noir. Lorsque les clients sont réunis, expliquez que le but de cette activité est d'obtenir une rétroinformation sincère sur la satisfaction de leurs besoins et de leurs attentes. Inscrivez les secteurs à cibler sur un tableau-papier ou un tableau noir. Demandez aux clients d'écrire individuellement les réponses aux questions ci-dessus figurant sur la fenêtre du client (il est préférable de quitter alors la salle pour que les clients restent seuls afin de répondre tranquillement, aussi sincèrement que possible).

*Application individuelle :* Avec cette méthode, il est demandé à tous les clients de remplir la fenêtre individuellement, et de rendre leurs réponses (les réponses sont anonymes). Préparez des instructions à leur intention, indiquez notamment la manière dont leur rétroinformation sera utilisée, les aspects visés, la manière de remplir la fenêtre du client, et où et quand la rendre. Les clients écrivent leurs réponses aux questions ci-dessus directement sur le formulaire de la fenêtre du client.

**Tableau 9.17** Cadre de la fenêtre du client

	Obtient	N'obtient pas
Veut	Obtient ce qu'il veut (No 1)	Veut mais n'obtient pas (No 2)
Ne veut pas	Obtient mais ne veut pas (No 3)	Ne veut pas et n'obtient pas (No 4) (besoins anticipés pour l'avenir)

**Étape 3.** Compiler les renseignements. Si la fenêtre du client est utilisée pour un groupe, transférez les réponses sur une feuille de papier séparée, telles qu'elles sont écrites dans chaque partie de la fenêtre. Passez en revue les réponses et comptez combien de fois les mêmes sentiments ont été exprimés par plusieurs personnes.

**Étape 4.** Si la fenêtre du client est utilisée individuellement, placez toutes les réponses individuelles sur une feuille de récapitulation et comptez ensuite la fréquence de réponses semblables.

## Attention !

Soyez sûr d'avoir les personnes qu'il faut (les clients) pour remplir la fenêtre.

## 9.12 Benchmarking

Le *benchmarking des meilleures pratiques* est une approche systématique pour collecter des informations au sujet de la performance d'un processus ou d'un produit, puis pour analyser les raisons pour lesquelles des entreprises enregistrent des performances différentes. En d'autres termes, le benchmarking est une technique pour tirer des enseignements des succès d'autres parties qui interviennent dans un domaine où l'équipe s'efforce d'obtenir des améliorations. Le terme de *benchmarking* signifie que l'on utilise les processus réussis de quel-

qu'un d'autre afin de mesurer les progrès souhaités pour l'activité concernée. Parmi les sources d'information pour le benchmarking figurent : l'étude de la documentation existante, les bases de données, les syndicats, les organisations qui fixent les normes, les organisations locales, les universités, les pouvoirs publics, les entretiens avec le personnel ou avec des clients et les questionnaires.

Quant l'utiliser ?

### Quant l'utiliser ?

Le benchmarking est utile surtout quand on essaye de mettre au point des solutions possibles. Lorsqu'elles tentent de formuler des solutions, les équipes ont souvent du mal à générer de nouvelles idées. Souvent les participants ne savent pas ce que font leurs voisins. Le benchmarking aide à stimuler la créativité en s'informant au sujet de ce qui a été essayé. On peut aussi y avoir recours pour identifier des aspects susceptibles d'être améliorés en voyant le niveau de qualité qu'on pourrait atteindre.

### Comment l'utiliser ?

Identifiez d'autres groupes, organisations ou établissements de santé qui ont des objectifs similaires et qui semblent bien fonctionner. Il ne s'agit pas nécessairement d'entités qui font la même chose que l'équipe : il suffit qu'on puisse faire des comparaisons. Par exemple, si l'équipe traite de problèmes en rapport avec les services

de blanchisserie de l'hôpital, elle pourrait profiter de l'expérience d'hôtels ou des foyers qui fournissent des services similaires, bien qu'ils n'appartiennent pas au même secteur d'activités et/ou qu'ils ne fournissent pas exactement le même service.

Allez visiter ces endroits et parlez aux administrateurs et aux employés. Demandez-leur ce qu'ils sont en train de faire, s'ils ont des problèmes similaires, ce qu'ils ont fait pour y remédier, et quels niveaux de performance ont été atteints. Demandez-leur aussi quels sont les obstacles qu'ils ont rencontrés et comment ils y ont fait face.

Voyez en quoi votre situation et vos contraintes en la matière sont semblables ou différentes des leurs, et déterminez s'il faut apporter des changements pour appliquer leur plan.

## Attention !

Assurez-vous que vous comprenez parfaitement comment fonctionne le processus en question avant d'examiner les processus d'autrui.

Assurez-vous que le processus d'autrui soit parfaitement compris avant de l'adopter ou de l'adapter au processus en question.

## 9.13 Diagramme de Gantt

Un diagramme de Gantt aide à s'organiser en montrant toutes les activités qui doivent avoir lieu et le moment où il est prévu qu'elles aient lieu. Cet outil aide les planificateurs à visualiser le travail qui doit être mené à bien, les activités qui peuvent avoir lieu en même temps et les dates-limite pour l'achèvement.

### Quand l'utiliser ?

Les diagrammes de Gantt constituent un support graphique pour l'exécution d'une série d'activités. Ils indiquent la date de commencement, la durée des activités et les activités qui ont lieu simultanément. Les diagrammes de Gantt sont surtout utiles durant les étapes de planification pour marquer le moment où chaque activité devrait commencer et pour

### Les chronogrammes et les diagrammes de Gantt conviennent mieux pour :

- ◆ Planifier un projet d'amélioration de la qualité en fonction des activités et du temps disponible
- ◆ Comprendre la simultanéité des activités et leur enchaînement
- ◆ Suivre les progrès et évaluer à nouveau les dates-limite si le projet a pris du retard

---

---

indiquer les liens dans le temps entre les diverses activités. Ils sont également utiles pour suivre les progrès des processus et pour reprogrammer des activités qui ont pris du retard.

### Comment l'utiliser ?

**Étape 1.** Faites une liste de toutes les activités à effectuer pour la mise en œuvre d'une solution.

**Étape 2.** Déterminez le moment où chaque activité doit commencer et notez les activités par ordre chronologique.

**Étape 3.** Dessinez le cadre du graphique de Gantt en indiquant les mois de la mise en œuvre en travers de la partie supérieure d'une feuille de papier. Portez les activités sur le côté.

**Étape 4.** Pour chaque activité, marquez la date de commencement. Déterminez la durée de chaque activité et, au moyen d'un trait horizontal, marquez la durée sur le graphique. Effectuez cette démarche pour chaque activité.

**Étape 5.** Examinez le graphique et déterminez s'il est possible d'effectuer toutes les activités qui sont prévues simultanément.

## 9.14 Chronique de l'assurance de la qualité

La chronique de l'assurance de la qualité est une manière organisée de documenter le processus d'amélioration de la qualité d'une équipe qui s'emploie de manière systématique à résoudre un problème spécifique et/ou à améliorer un processus donné. Les « histoires » d'AQ sont décrites en détail dans un *livre du projet* d'AQ, au fur et à mesure qu'elles ont lieu, et elles sont présentées publiquement sur un *tableau du projet* d'AQ. Technique initialement mise au point pour les programmes d'amélioration de la qualité dans le domaine industriel, la Chronique de l'assurance de la qualité a été ultérieurement adaptée et appliquée aux efforts d'amélioration de la qualité dans le secteur de la santé. Initialement, elle a été appliquée par l'Hospital Corporation of America (HCA). Elle est de plus en plus utilisée par d'autres intervenants dans le domaine de la santé car elle constitue un moyen efficace de documenter les activités d'équipes d'amélioration de la qualité dans divers contextes.

Le livre du projet d'AQ enregistre de manière complète et permanente le processus d'amélioration, habituellement sous forme de cahier. Le tableau du projet d'AQ est une vaste surface (partie d'un mur ou un tableau ou encore une affiche) qui permet à l'équipe de présenter son travail publiquement, de manière régulière, structurée et compréhensible au premier coup d'œil. Il a été décrit par Batalden

et Gillem de HCA (1989) comme représentant le « procès-verbal en cours du travail effectué ».

### Quand l'utiliser ?

En documentant systématiquement les progrès accomplis par l'équipe pour améliorer la qualité, la chronique de l'AQ maintient l'attention de tous les intervenants sur la tâche à accomplir et elle permet aux membres de l'équipe de décrire leur travail aux autres, de façon claire et compréhensible. La chronique commence normalement dès que le problème a été identifié et elle continue durant tout le processus d'amélioration de la qualité. Lorsqu'elle est utilisée de façon routinière, la chronique de l'AQ peut aider à faire de l'AQ un élément à part entière de la vie de l'organisation.

### Comment utiliser le livre du projet d'AQ ?

Un membre de l'équipe est habituellement désigné comme secrétaire pour tenir un registre complet et détaillé au sujet des activités de l'équipe. Le registre devrait inclure les procès-verbaux des réunions de l'équipe ainsi que des éléments tels que les listes des personnes contactées, les exposés effectués, les indicateurs suivis, la conception des échantillons et les méthodes analytiques employées, les données collectées, etc. De temps à autre, le secrétaire pourra utiliser les informations consignées dans le registre pour préparer de brèves synthèses des progrès de l'équipe vers la résolution du problème retenu. Sur la base de ce registre, des éléments sont sélectionnés pour être affichés sur le tableau du projet d'AQ.

### Comment utiliser le tableau du projet d'AQ ?

Le tableau du projet d'AQ sert de chronique visuelle continue des progrès de l'équipe. Il aide les membres de l'équipe à rester concentrés sur la tâche à accomplir, et il sert à faire connaître les progrès accomplis. Cet outil utilise des énoncés simples et clairs, ainsi que des images et des graphiques, pour décrire un problème, pour faire la synthèse du processus d'analyse pendant qu'il est en cours, pour décrire la solution et sa mise en œuvre, et pour présenter les résultats. Les étapes de l'établissement et de la tenue du tableau du projet d'AQ sont décrites ci-dessous :

**Étape 1.** Réservez une partie d'un mur ou obtenez un grand tableau ou un tableau d'affichage (mesurant au moins 1,5 m de haut, sur 2 m de long) qui servira de tableau du projet d'AQ.

**Étape 2.** Délimitez et marquez les différentes parties du tableau du projet pour présenter les progrès de l'équipe pendant chacune des étapes d'amélioration de la qualité. Incluez des aspects sur lesquels porte l'énoncé de pro-

---

---

blème, les noms des membres de l'équipe, le plan de travail, les activités entreprises durant l'analyse du problème (par exemple, analyse des causes premières, graphiques, etc.) et leurs résultats, la ou les solutions sélectionnées, la solution mise en œuvre, les résultats et toute autre information qui semble intéressante ou pertinente.

**Étape 3.** Affichez une copie de l'énoncé initial du problème ainsi que les noms des membres de l'équipe. On peut ajouter une photographie de l'équipe.

**Étape 4.** Maintenez tous ces éléments à jour, au fur et à mesure que l'énoncé du problème est affiné et/ou que des changements interviennent dans la composition de l'équipe.

**Étape 5.** Affichez une copie du plan de travail et du calendrier de l'équipe, et modifiez-les en fonction des changements apportés pendant le processus de résolution de problèmes.

**Étape 6.** Tandis que le travail progresse, présentez les progrès accomplis dans l'analyse du problème. Si des outils analytiques ont été utilisés (par exemple, des organigrammes, des diagrammes de cause-effet), faire figurer ces éléments sur le tableau du projet. Il est également utile d'inclure la liste des indicateurs à suivre (si vous avez utilisé de tels indicateurs), les formulaires de collecte de données et les graphiques qui présentent les résultats.

**Étape 7.** Affichez les conclusions de l'analyse du problème et la ou les solutions proposées et retenues pour être mises en œuvre.

**Étape 8.** Ajoutez tout autre aspect du processus d'identification et de sélection de la solution (par exemple, les critères de sélection ou la méthode de sélection) à présenter comme moyen de référence rapide.

**Étape 9.** Maintenez le tableau du projet à jour pour qu'il reflète les progrès dans la mise en œuvre des solutions. Fournissez une information aussi précise ou aussi générale que le souhaite l'équipe, soit pour mettre l'accent sur le travail de l'équipe, soit pour faire connaître leurs résultats à d'autres.

**Étape 10.** Lorsque la solution a été appliquée et évaluée, affichez les résultats pour que tout le monde puisse les voir.

### Attention !

Le tableau du projet est un outil utile pour montrer les progrès accomplis par une équipe d'amélioration de la qualité ; il incitera d'autres gens aussi à mettre en route de nouveaux efforts d'amélioration de la qualité ou à s'associer à de tels efforts. Veillez à l'utiliser.

---

---

# Bibliographie

- Ashton, J. 2001. Monitoring the quality of hospital care. *Health Manager's Guide*. Bethesda, MD: Publié pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le Projet d'assurance de la qualité (PAQ).
- Batalden, P. et P. Gillem. 1989. Hospital-wide quality improvement storytelling. Quality Resource Group. Nashville, TN: Hospital Corporation of American.
- Batalden, P. et P. Stoltz. 1997. A framework for the continual improvement of healthcare. *Joint Commission Journal* 19(10):424–52.
- Berwick, D.M. 1998. Discours principal lors du troisième forum européen pour l'amélioration de la qualité dans le domaine des soins de santé. Organisé par le *British Medical Journal* et l'Institut pour l'amélioration de soins de santé. Vienne.
- Bouchet, B. 2000. Monitoring the quality of primary care. *Health Manager's Guide*. Bethesda, MD: Publié pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le Projet d'assurance de la qualité (PAQ).
- Donabedian, A. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. 3 vols. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Francis, D. et D. Young. 1992. *Improving Work Groups: A Practical Manual for Team Building*. San Diego, CA: Pfeiffer & Company.
- Gardner et Altman. 1986. Confidence intervals rather than P values: Estimation rather than hypothesis testing. *British Medical Journal*, 292:746–50.
- Gustafson, D., J. Taylor, S. Thompson et P. Chesney. 1993. Assessing the needs of breast cancer patients and their families. *Quality Management in Healthcare* 2(1):6–17.
- IHI (Institut pour l'amélioration des soins de santé). 1995. Methods and tools of quality improvement: Putting theory into action. Training materials. Boston, MA: IHI.
- Kelly, E., J. Ashton et T. Bornstein. 2000. Applying benchmarking in health. *Project Report*. Bethesda, MD. Publié pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le Projet d'assurance de la qualité (PAQ).
- Knebel, E., E. Kelley et J. Kolodner. 2001. Quality Assurance Theory and Tools Kit (CD-ROM). Bethesda, MD. Publié pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le Projet d'assurance de la qualité (PAQ).
- Langley, G.L., K.M. Nolan, T.W. Nolan, C.L. Norman et L.P. Provost. 1996. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. Jossey-Bass Publishers: San Francisco.
- Massoud, R., and A.V. Korotkova. 2000. Руководство по управлению качеством. The USA-Russia Joint Commission on Economic and Technological Cooperation "Access to Quality Health Care" Priority Area. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Massoud, R., A. Korotkova, and V. Melnikov. 2001. Improving the System of Care for Patients Suffering from Arterial Hypertension. The USA-Russia Joint Commission on Economic and Technological Cooperation; The Health Committee "Access to Quality Health Care" Priority Area. Bethesda, MD: Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Massoud, R., and K. Kuznetsova. 1998. Обеспечение качества учебное руководство. Bethesda, MD: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Miller Franco, L., J. Newman, G. Murphy et E. Mariani. 1997. *Achieving Quality through Problem-Solving and Process Improvement* (Deuxième édition). Quality Assurance Methodology Refinement Series. Bethesda, MD. Publié pour le compte de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) par le Projet d'assurance de la qualité (PAQ).
- NHS (National Health Services) Centre for Reviews and Dissemination (CRD). 1996. Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD guidelines for those carrying-out or commissioning reviews. *CRD Report* (4). York. Royaume-Uni : University of York.

- 
- Plsek, P. 1991. Principles of quality improvement. National Demonstration Project on Quality Improvement in Healthcare. Reprinted in *Improving Healthcare Quality: A Comprehensive Curriculum for Healthcare Executives, Managers and Clinician Leaders*. Boston, MA: Institut pour l'amélioration des soins de santé.
- Plsek, P. 1997. *Creativity, innovation and quality*. Milwaukee, WI: ASQ Quality Press.
- Population Information Program. 1998. Family planning programs: Improving quality. *Population Reports*, Series J, No. 47. Baltimore, MD: Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.
- Quality Improvement Project. 1996. Ministry of Health of Palestine.
- Reinke, J. 1998. *Quality Improvement Activities. Managed Care Quality: A Practical Guide*. Boca Raton: CRC Press LLC: 117-58.
- Sackett, D.L., W. Rosenberg, J.A. Gray, R.B. Haynes et W.S. Richardson. 1996. Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312:71-72
- Shewhart, W. 1931. *The Economic Control of Quality of Manufactured Products*. D. Van Nostrand Co: New York. Réimpression par l'American Society of Quality Control en 1980.