

Développer et implanter des projets d'amélioration continue de la qualité dans un contexte de collaboration interprofessionnelle en première ligne

*Brigitte Vachon, PhD, erg.
École de réadaptation, UdeM*

*Journée annuelle du RRSPUM
25 mars 2015*



Déclaration de conflits d'intérêt réels ou potentiels

Nom du conférencier: Brigitte Vachon



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation

Objectifs de l'atelier

- Comprendre les facteurs et les résultats attendus du processus d'amélioration continue de la qualité en première ligne
- Comprendre comment utiliser la rétroaction et la pratique réflexive pour identifier des besoins d'amélioration continue des pratiques
- Connaître une approche qui permet de passer de l'adoption à l'implantation de changements des pratiques: la méthode PDSA (plan-do-study-act)

Définition de la qualité

Des soins et services de qualité sont :

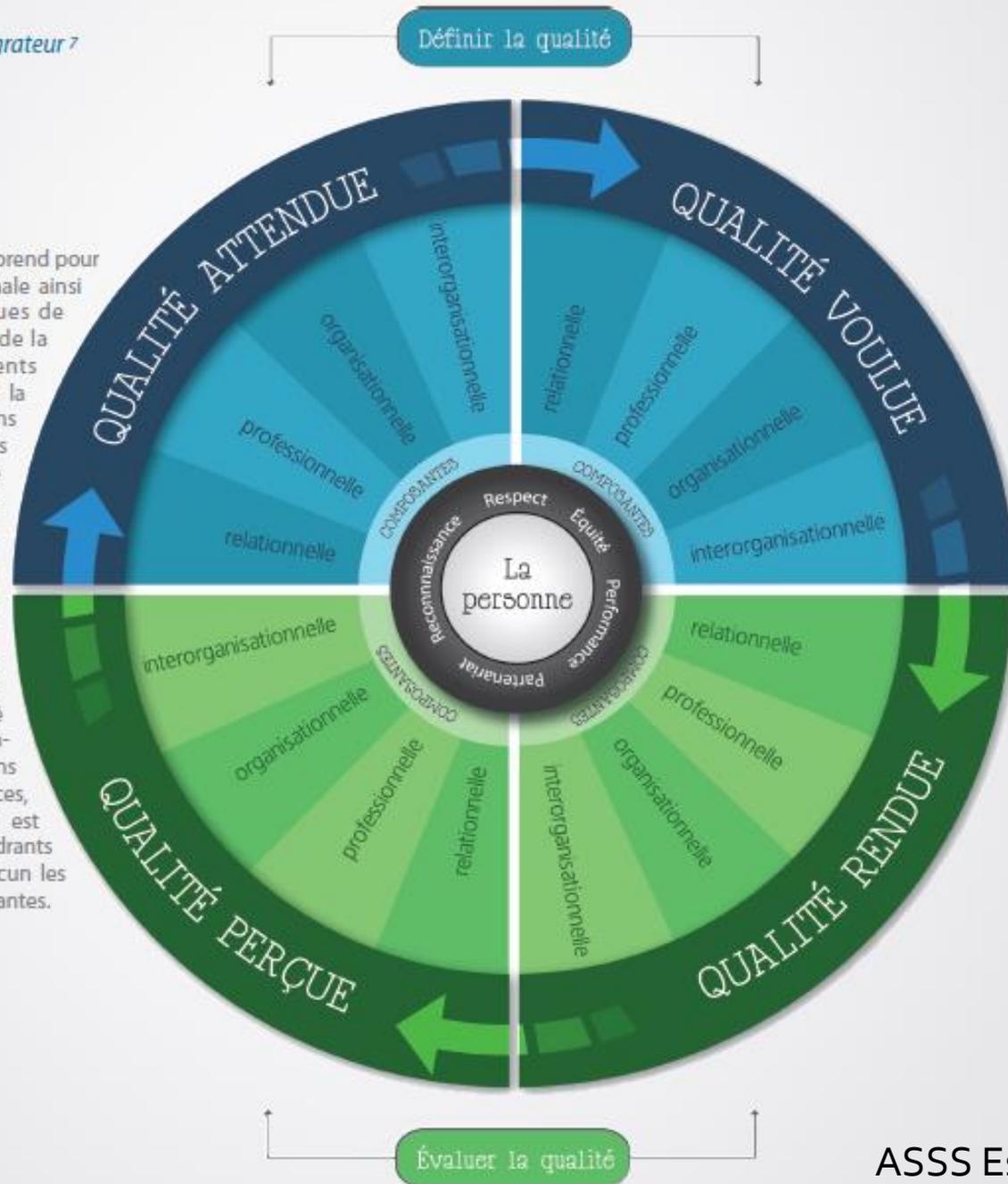
- Efficaces (fondés sur les connaissances scientifiques);
- Centrés sur le patient (respectueux et à l'écoute de ses préférences, besoins et valeurs dans les décisions cliniques);
- Accessibles en temps opportun;
- Efficents (évitent le gaspillage des ressources financières, matérielles et humaines);
- Sécuritaires (évitent les blessures et autres dommages aux patients);
- Équitables (leur qualité ne varie pas en fonction des caractéristiques personnelles des patients).

La qualité des services....un processus

- *Elle vise à assurer l'amélioration constante des services par le biais d'évaluations pertinentes et de rétroactions continues*

Figure 1 - Modèle intégrateur 7

Le Modèle intégrateur prend pour assises la vision régionale ainsi que les caractéristiques de la définition globale de la qualité. Ces fondements incitent à poursuivre la quête de la qualité dans l'offre des soins et des services. Au cœur de ce modèle, on retrouve « La personne » qui représente la cible des actions du réseau de la santé et des services sociaux. Puis, porté par des valeurs partagées par le réseau estrien et animé par une volonté d'accompagner les usagers et les usagères dans un continuum de services, le Modèle intégrateur est structuré en quatre quadrants distincts intégrant chacun les quatre mêmes composantes.



La composante relationnelle¹⁰ fait référence à la relation qui s'établit entre le personnel et l'utilisateur et l'utilisatrice ainsi que ses proches. Cette relation est empreinte d'humanisme et fondée sur le respect de la personne et de ses droits. Elle fait référence également à la qualité des relations qu'entretiennent entre eux les membres du personnel, et ce, à tous les niveaux de l'organisation.

La composante professionnelle¹¹ réfère à la prestation de services sous l'angle professionnel, en référence à une expertise, à une façon bien précise de répondre aux besoins de base, par des attitudes, des soins, des services et des conseils appropriés.

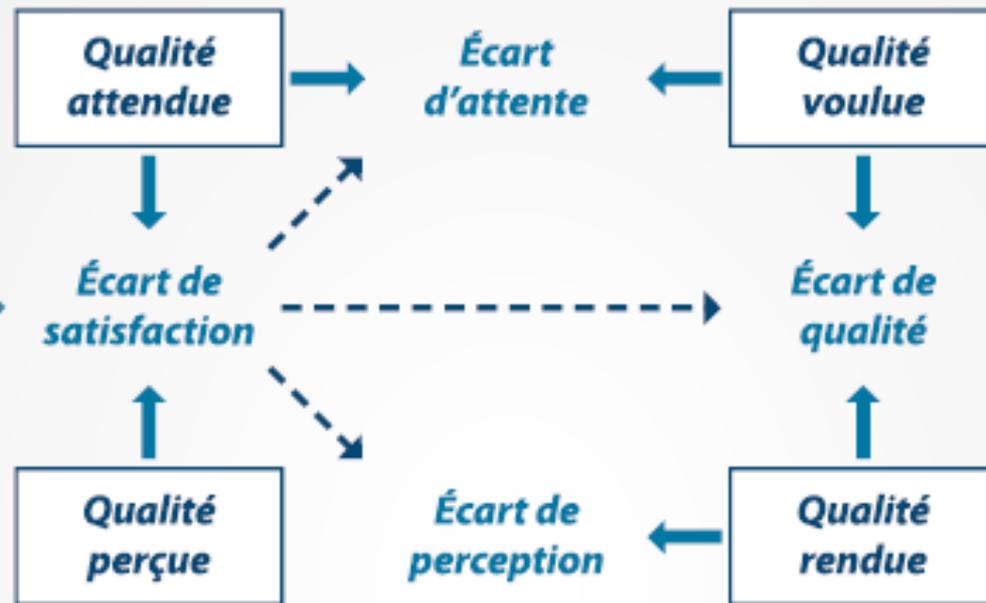
La composante organisationnelle¹² porte sur l'organisation et la prestation de services; elle réfère à l'environnement physique et au contexte organisationnel, notamment par l'accessibilité et la continuité des services.

La composante interorganisationnelle fait référence à la volonté de travailler ensemble en vue de prendre les meilleures décisions et de rendre les meilleurs services à la population. Elle est basée sur la participation et l'engagement du personnel et des partenaires au développement d'un réseau intégré, dans le respect des mandats de chacun et de l'implication de tous dans la prestation de soins et de services de qualité.

4 dimensions de la qualité

- Qualité attendue: Évaluation des besoins de la clientèle
- Qualité voulue: Définition des valeurs, des normes, des meilleures pratiques
- Qualité perçue: Évaluation de la satisfaction de la clientèle, plaintes
- Qualité rendue: Processus d'amélioration continue, évaluation de la performance

Lorsque les attentes de l'utilisateur sont plus grandes que l'offre de service.



L'écart entre une situation désirée et une situation perçue nous renseigne sur un écart se situant ailleurs.

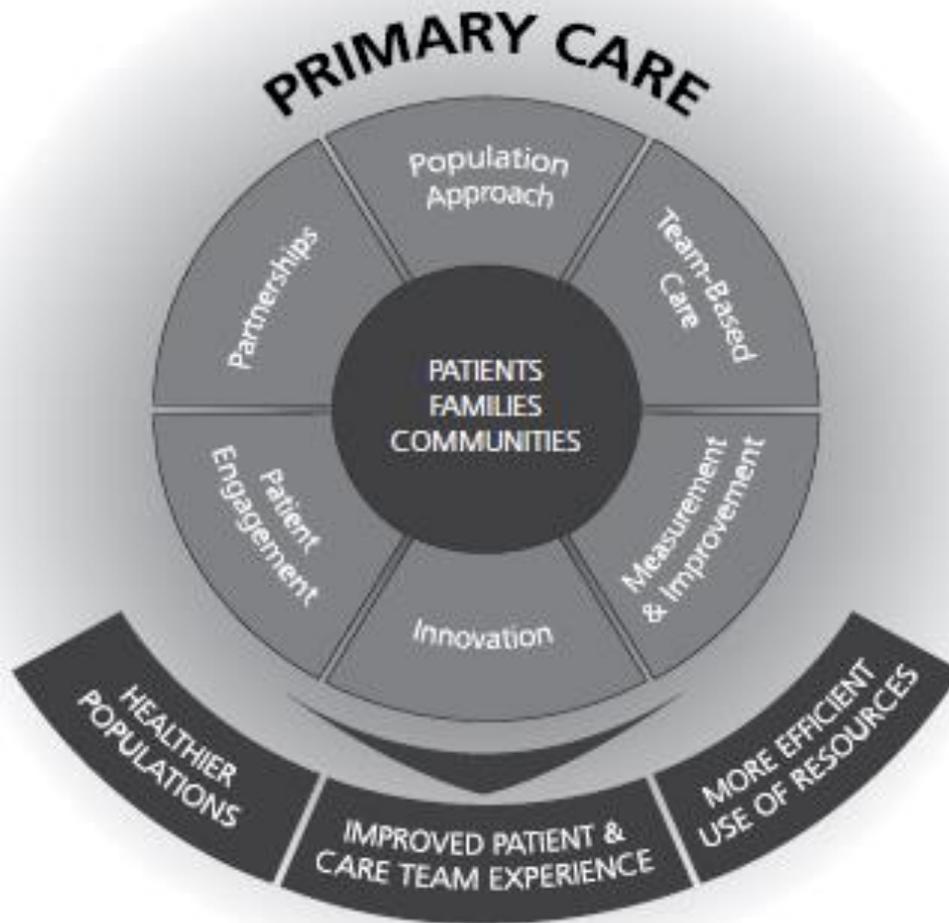
Lorsque l'utilisateur n'a pas reçu les services comme convenu ou de la manière convenue.

Lorsque l'utilisateur ne s'est pas rendu compte qu'il a bien reçu les services comme convenu.

Source: Schéma repris de J. Cantin et L. Rocheleau (2006).

Qu'est-ce que l'amélioration de la qualité des services en 1ère ligne?

Figure 1. Quality Improvement and Innovation Partnership Improvement Framework



Tiré de Kates et al.
Framework for advancing
improvement in primary
care, *Health Policy*, 12(2):
8-21

Facteurs qui influencent l'AQ en 1ère ligne

- Contexte organisationnel
 - Culture, climat, capacité pour le changement, mandat pour le changement, leadership
- Contexte du travail d'équipe
 - Composition de l'équipe, climat organisationnel lié au travail d'équipe, attitudes et engagement face au travail d'équipe, efficacité d'équipe perçue
- Caractéristiques individuelles des professionnels
 - Connaissances, habiletés, sentiment d'efficacité, attentes de résultats, motivation, buts, préparation au changement

Facteurs qui influencent l'AQ en 1ère ligne

- Processus d'amélioration continue de la qualité
 - Utilisation de méthodes d'ACQ
 - Identifier les besoins d'amélioration, cibler des buts, utiliser la résolution de problème, collecter des données, analyser
 - Comportements propre au travail d'équipe
 - Régulation de la performance
 - Collaboration (communication, partage de la charge de travail, coordination)
 - Leadership d'équipe

Résultats attendus de l'ACQ en 1ère ligne

- Résultats attendus à plusieurs niveaux:
 - État de santé des patients
 - Efficacité des soins et sécurité
 - Qualité des soins
 - Expérience de soins, accès, continuité, temps opportun, coordination, efficacité, coûts
 - Professionnel
 - Satisfaction au travail, engagement au travail et p/r à l'équipe, rétention, responsabilité populationnelle
 - Pratique
 - Gestion et système

Informing Quality Improvement Research (InQUIRE) in primary care framework (Brennan et al, 2012)

Contextual factors

(antecedents*)

Organisational context (2)

- Capability for QI, change
- Climate for QI and culture
- Mandate for change
- Leadership

Teamwork context

- Team composition
- Organisational climate for teamwork
- Attitudes and commitment to teamwork
- Perceived team effectiveness

Individual level (3)

- Knowledge, skills, efficacy for CQI
- Beliefs about the outcomes and value of CQI
- Motivation, goals
- Readiness for change

Organisational readiness for imminent change (2)

- Capability
- Commitment, motivation
- Resources

CQI process

Use of CQI methods (1)

- Identify areas for improvement and changes to process of care
- Setting measurable aims
- Structured problem solving
- Data collection and analysis
- Tool use (data collection and analysis; group process)

Teamwork behaviours

- Regulation of performance
 - goal setting, task analysis
 - monitoring, adjustment
- Collaboration
 - communication
 - problem solving, decision making
 - participation, cooperation, workload sharing
 - coordination, conflict
- Team leadership

CQI implementation process (1)

e.g. training, opinion leaders, facilitation

Outcomes

Proximal outcomes*

Organisational context (2)

- Capability for CQI, change
- Climate for QI
- Readiness to implement structural changes to care

CQI team level

- Emergent states
 - Team climate (intra-team)
 - Cohesion
 - Shared goals
- Perceived team effectiveness

Individual level (3)

- Knowledge, skills, efficacy for CQI
- Beliefs about the outcomes and value of CQI
- Motivation, goals
- Readiness for change

Distal outcomes

Structural changes to organisation or process of care

Provider adherence to new process of care

Patient health**

- Effectiveness
- Safety

Quality of care**

- Experience of care
- Equity
- Timeliness, access continuity
- Care coordination
- Efficiency, costs

Professional

- Job satisfaction
- Organisational commitment
- Retention
- Organisational citizenship

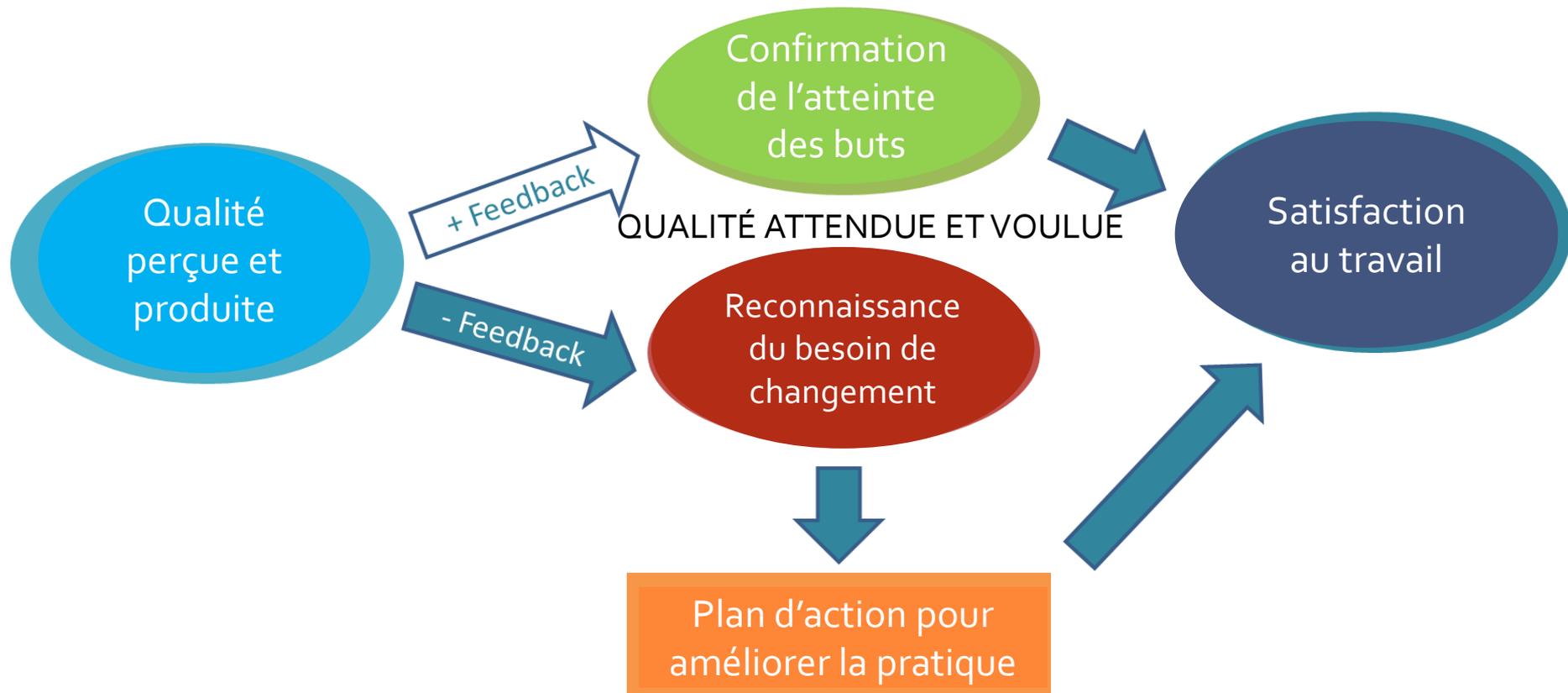
Practice

- Management and systems

Réflexion

- Prenez deux minutes pour....
 - Essayer d'identifier un changement que vous aimeriez apporter à vos pratiques de 1ère ligne
 - Identifier le résultat principal ciblé par ce changement
 - Identifier les facteurs qui selon vous faciliteraient ou feraient obstacle à ce changement dans votre milieu

La rétroaction...un outil indispensable pour l'ACQ



Principes sous-jacents à la rétroaction

- Les personnes ont besoin de feedback afin de savoir
 - Dans quelle mesure ils atteignent ou non leur but
 - S'ils doivent augmenter, maintenir ou réduire leur effort
 - S'ils doivent maintenir ou changer leur comportement
- Réaction face au feedback positif versus négatif
- Feedback négatif produit la dissonance cognitive qui permet d'identifier le besoin de changer....attribution des causes
- Pour être accepté, le feedback doit être perçu crédible, valide et utile
- Le feedback peut être rejeté

Définition de la rétroaction

- La rétroaction peut référer à une information fournie afin de susciter un recadrage, une remise en question ou une régulation dans un but de changement, d'avancement, d'évolution ou d'explication.

Sources d'information selon les quatre perspectives de la qualité

QUALITÉ ATTENDUE

Attentes et besoins des clients et de la population

- Sondage populationnel
- Forum de la population
- Projet clinique
- Rapports et études
- Orientations ministérielles
- Etc.

QUALITÉ VOULUE

Point de vue des professionnels et gestionnaires

- Normes cliniques, administratives et professionnelles
- Planification stratégique
- Code d'éthique
- Etc.

QUALITÉ

- Sondage sur la satisfaction des clients
- Auto-évaluation de l'agrément
- Gestion des plaintes et des insatisfactions
- Comité des usagers et comité des résidents
- Etc.

- Analyse interne de la performance
- Agrément, rapports des ordres professionnelles
- Identification et analyse des risques
- Visites ministérielles, etc.

QUALITÉ PERÇUE

Rétroaction

QUALITÉ RENDUE

Évaluation et monitoring

L'importance de la rétroaction des patients

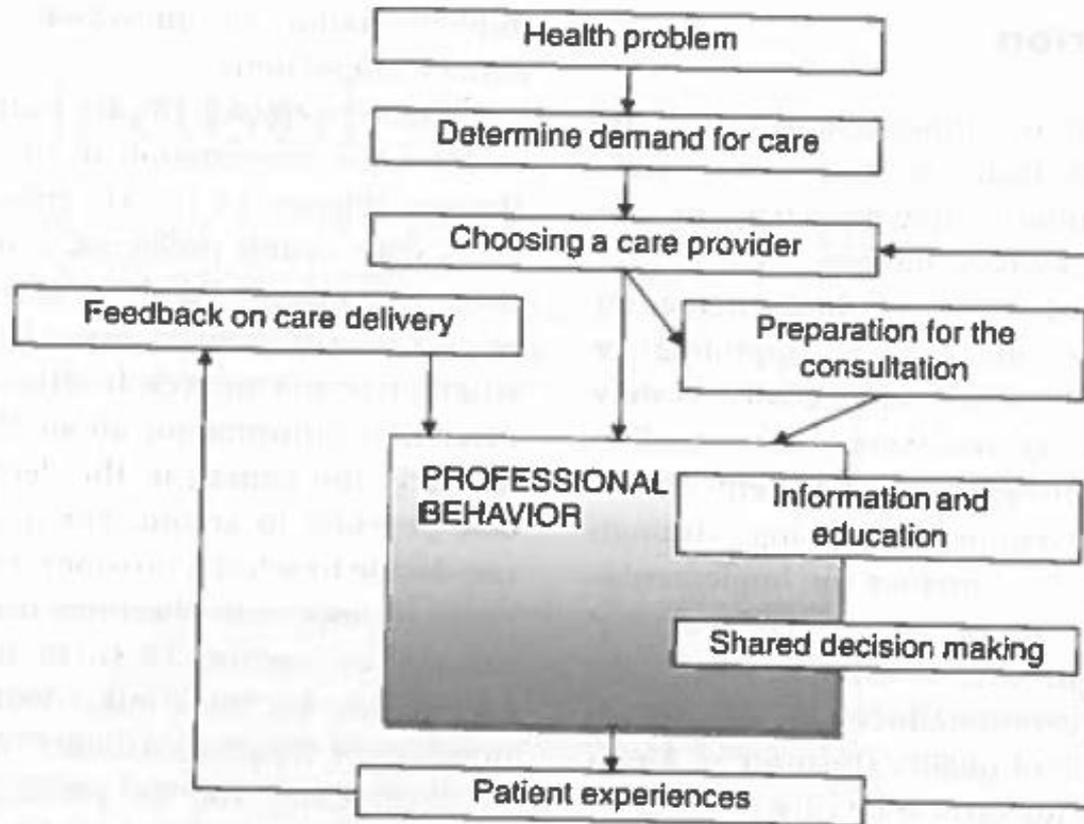


Figure 14.1 Diagram of patient-focused intervention strategies.

Tiré de Faber, M. (2013) Patient-focused intervention. Dans: Grol, R. et al. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care, 2nd Edition, p.226

Réflexion

- Quelles sont les sources de rétroaction utilisées par les professionnels de la 1ère ligne?
- Quelles sont les sources disponibles?
- Quels sont selon vous les sources à privilégier?

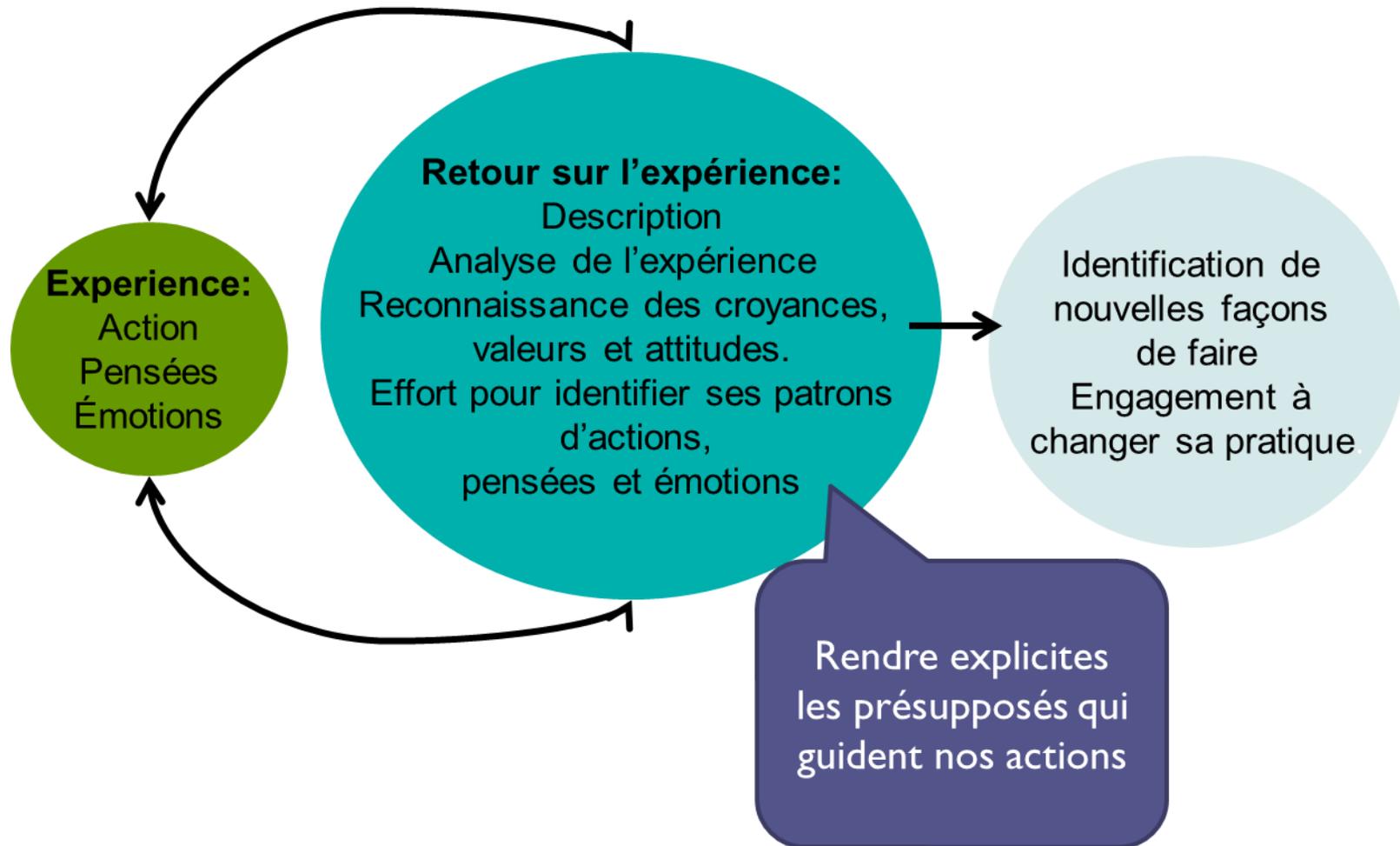
La pratique réflexive...indispensable à combiner à la rétroaction

Une **pratique réflexive** est une mise à distance et un regard critique sur son propre fonctionnement, mais aussi une analyse tant individuelle que collective des actions et des gestes posés au cours de son intervention professionnelle. Si elle s'inscrit dans une perspective socioconstructiviste, la **pratique réflexive** suppose des interactions avec des personnels professionnels et une confrontation des pratiques individuelles et collectives des individus et d'un groupe qui acceptent de confronter leurs croyances (conceptions et convictions), de vivre des conflits cognitifs afin de viser une plus grande cohérence entre ce qu'ils pensent (pensée) et ce qu'ils font (actions), ce qu'ils croient (croyances) et ce qu'ils accomplissent (pratiques) dans leur vie professionnelle. Les interactions permettent de prendre conscience des incohérences, de les verbaliser, les partager et les discuter dans le but d'améliorer son action professionnelle. Le regard sur sa **pratique** peut se faire sur quatre niveaux : 1) ce qui se passe, 2) comment cela se passe, 3) pourquoi cela se passe ainsi et 4) ce qui peut être fait pour améliorer cette **pratique**.

Lafortune, 2009

Extrait de: Compétences professionnelles pour l'accompagnement d'un changement

Processus d'apprentissage réflexif



(Boud, 1994; Boud, Keogh & Walker, 1985)

Réflexion

- Quels sont les moyens employés dans vos milieux de pratique pour favoriser la réflexion d'équipe qui pourrait mener à l'amélioration continue de la qualité?

Approche promue par le projet COMPAS en Montérégie

- Contexte et opportunités en Montérégie
 - Le suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques (MC) retenu comme une orientation prioritaire (2008)
 - Accès à plusieurs banques de données jumelées sur l'utilisation des services de santé par la population de sa région (2006)
 - Exigence du Collège des médecins du Québec pour chaque médecin d'adhérer à un plan d'autogestion de développement professionnel qui privilégie l'approche réflexive (2004)

Qu'est-ce que le projet COMPAS?

- **Projet promu et sous la direction du DRMG**
- **But:** Mobiliser les médecins et les autres professionnels de 1^{ère} ligne dans ACQ et l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle
- **Intervention:**
 - Ateliers de 3 heures qui portent sur une maladie chronique spécifique
 - Offerts pour chaque territoire de CSSS aux médecins, infirmières, pharmaciens et autres
 - Finalité: Développer des projets d'ACQ locaux réalisables par les professionnels avec le soutien de l'organisation

Intervention du projet COMPAS

- Rétroaction à partir des informations disponibles dans les banques de données clinico-administratives
 - Profil des patients
 - Profil de prescription de médicaments
 - Profil de consommation des soins et services
- Réflexion critique
 - Analyse des données et interprétation en fonction du contexte local
- Planification de l'action
 - Identification d'une cible d'amélioration de la qualité et développement d'un plan d'action pour mettre en œuvre le changement

Indicateurs sélectionnés: Exemple du diabète

Caractéristiques des personnes diabétiques	Profil de prescription de médicaments	Profil de consommation de soins et services
<ul style="list-style-type: none">• Prévalence• Âge• Indice de comorbidités• Fréquence des complications<ul style="list-style-type: none">➤ cardiovasculaires➤ oculaires➤ rénales	<ul style="list-style-type: none">• Fréquence de la prescription<ul style="list-style-type: none">➤ antidiabétiques➤ hypolipémiants➤ antihypertenseurs➤ AAS• Persistance dans la prise de médicaments (ordonnance valide après 12 mois sans interruption de + de 14 jours)	<ul style="list-style-type: none">• Pourcentage ayant un md de famille• Pourcentage de consultations<ul style="list-style-type: none">➤ autre omnipraticien➤ cardiologie➤ médecine interne➤ néphrologie➤ spécialiste de la vue➤ infirmière en CLSC➤ nutritionniste en CLSC• Nombre annuel de visites médicales• Nombre annuel de visites à l'urgence• Nombre d'hospitalisations

Processus réflexif et de développement d'un plan d'action en sous-groupe

Analyse de la performance:

- Quelles sont les caractéristiques des personnes diabétiques de votre territoire qui attirent votre attention?
- Qu'est-ce qui attire votre attention au niveau de l'utilisation des services santé ? (ex : hospitalisation, visites à l'urgence, fréquence des visites chez le médecin de famille ou le spécialiste)

Identification des cibles de changement prioritaires:

- Quels éléments croyez-vous qu'il faut cibler afin d'améliorer les soins offerts aux personnes diabétiques de votre région? Formulez une priorité.

Volet collaboration interdisciplinaire :

- Comment la collaboration interprofessionnelle peut-elle vous aider à atteindre ce ou ces objectifs? Cette collaboration est-elle existante ?

Élaboration d'un plan d'action :

- Choisir l'élément que l'on veut changer
- Cibler un objectif, une action à mettre en œuvre qui est réaliste, atteignable et mesurable
- Identifier les partenaires et les personnes responsables
- Identifier l'échéancier pour mettre en œuvre l'action
- Identifier des indicateurs qui permettront de mesurer l'atteinte de l'objectif

Partage des plans d'action

Théorie d'impact de programme du projet d'intervention COMPAS

Résultats à moyen terme

Amélioration de l'état de santé des patients
Amélioration de la collaboration interprofessionnelle
Augmentation de la prestation de services basés sur les données probantes

Résultats à court terme

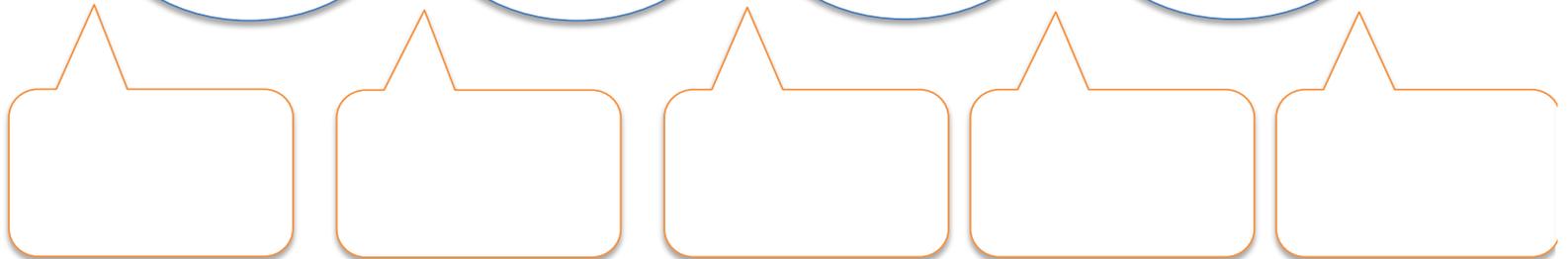
Vision partagée de la performance de l'équipe

Compréhension partagée des écarts de performance

Identification d'objectifs coopératifs

Coopération dans le changement de pratiques

Facteurs modérateurs



Activités du programme

Rétroaction

Réflexion

Plan d'action

Exemples de plan d'action

- Élaborer un programme de dépistage du diabète chez les 40 ans et plus
- Améliorer la communication avec les pharmaciens pour les changements et la compliance mx : infirmières – pharmaciens dans 6 mois
- Élaborer une ordonnance collective pour bandelettes et lancettes
- Améliorer la référence systématique en ophtalmologie ou en optométrie
- Élaborer une grille de suivi systématique pour les personnes diabétiques
- Définir le rôle de l'infirmière et de la nutritionniste dans la trajectoire de soins
- Engager une nutritionniste au GMF

Caractéristiques des plans d'action développés lors des ateliers COMPAS

Type de prévention:

- Primaire* 1 (4.5%)
- Secondaire** 20 (91%)
- Primaire et secondaire 1 (4.5%)

Objectifs ciblés par le plan d'action :

- Améliorer le suivi systématique 8 (36%)
- Améliorer la compliance aux médicaments 5 (23%)
- Favoriser l'adoption de meilleures habitudes de vie 4 (18%)
- Améliorer la coordination des services 3 (14%)
- Améliorer le dépistage de la rétinopathie 2 (9%)

Type d'action :

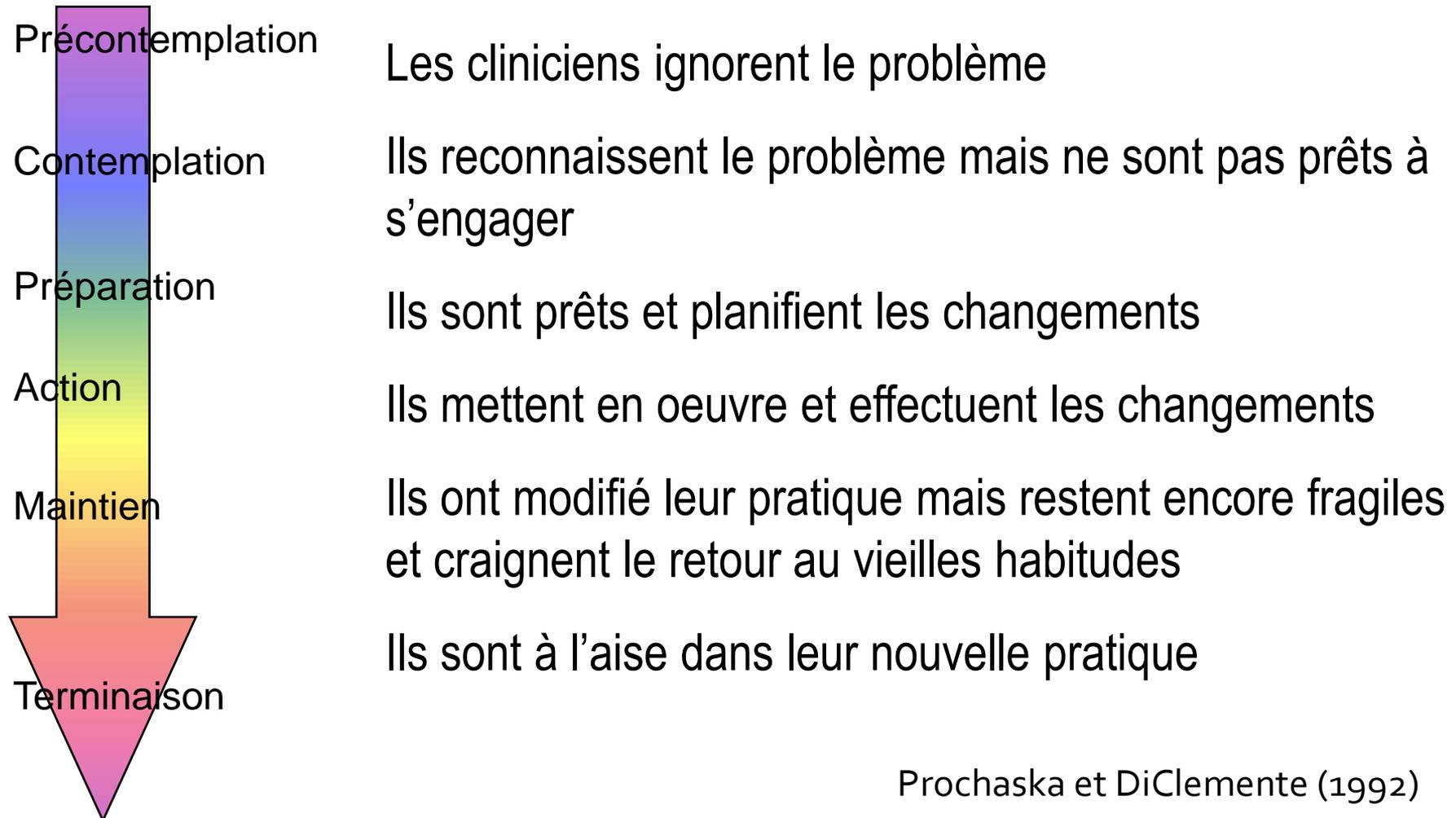
- Centrée*** 20 (91%)
- Déléguée**** 2 (9%)

Cible la collaboration professionnelle :

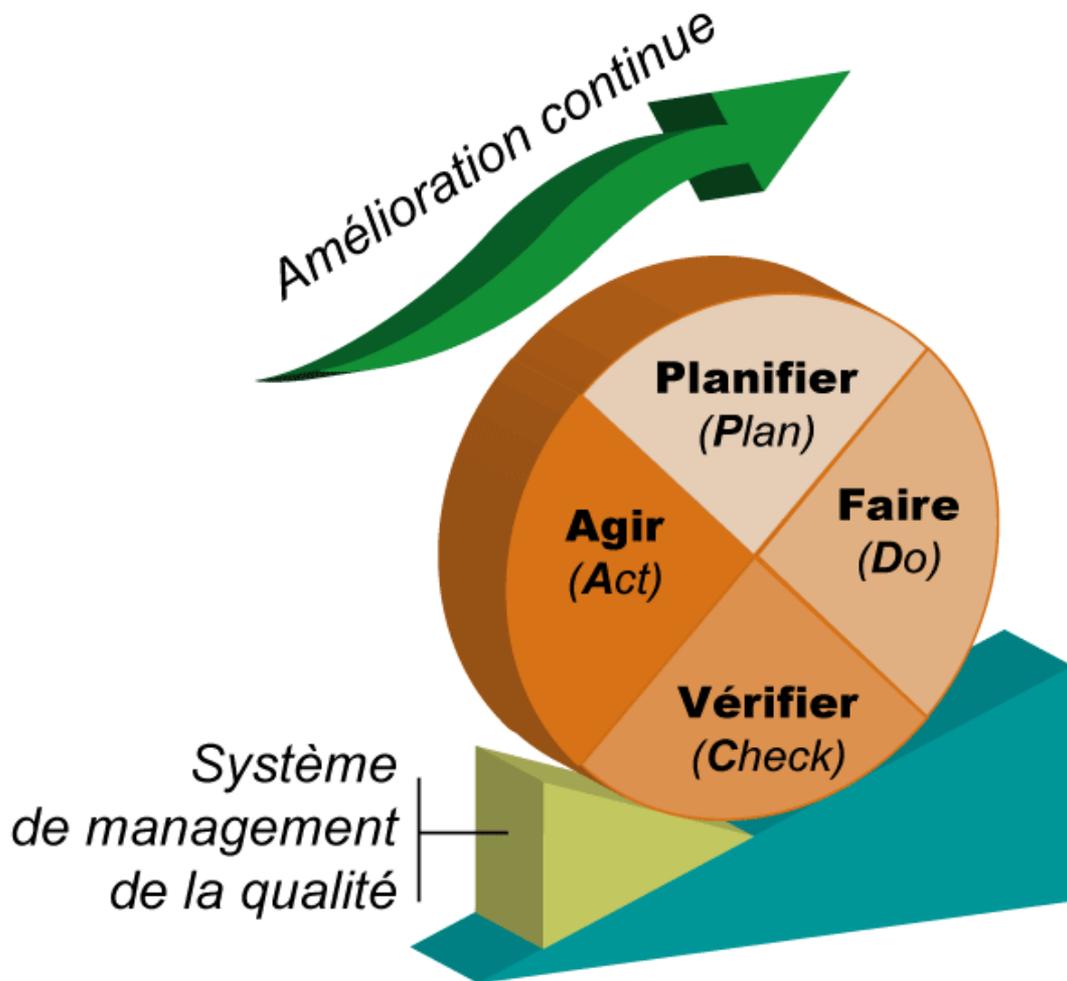
- Oui 21 (95.5%)
- Non 1 (4.5%)

Prévention primaire : Qui vise à prévenir le diabète **Prévention secondaire : Qui vise à prévenir les complications liées au diabète. *Action centrée : Plan d'action dans lequel les actions à mener pour la réalisation du projet, peuvent être réaliser eux-mêmes. ****Action déléguée : Plan d'action dans lequel les actions à mener pour la réalisation du projet doivent être réaliser par une autre instance.*

Comment passer de la planification à l'action dans le processus d'ACQ?



L'approche PLAN-DO-STUDY-ACT (PDSA)



PLANIFIER :

Quel changement souhaitons-nous faire?

FAIRE (EXPERIMENTER) :

Comment pouvons-nous tester ce changement?

VERIFIER (MESURER):

Quel est l'impact, le succès de ce changement?

AGIR (AJUSTER):

Comment devons-nous adapter/modifier le changement et poursuivre son implantation?
Quels sont les informations/apprentissages importants qui seront intégrées au prochain cycle de changement?

L'approche PLAN-DO-STUDY-ACT (PDSA)

- Est une approche pragmatique
- S'inspire de la méthode scientifique expérimentale pour tester le changement
 - Formuler une hypothèse, collecter des données, analyser, interpréter les résultats pour confirmer ou non l'hypothèse
- Se compose d'éléments essentiels à respecter
 - Approche itérative à petite échelle
 - Évaluation rapide
 - Flexibilité pour s'adapter au contexte et à la rétroaction du milieu
 - Minimise les risques pour les patients et l'organisation car teste les changements à petite échelle
 - Augmentation progressive de la confiance dans le changement mis en œuvre
 - Documentation du processus de changement est essentiel pour soutenir l'apprentissage local et la transférabilité à d'autres milieux

Différence entre l'évaluation et la recherche

TABEAU 2.1

Points communs et différences entre l'évaluation et la recherche

	Évaluation	Recherche
Domaines d'application	Application de l'examen aussi large que possible. Application limitée des résultats, qui sont concentrés sur le projet. Le but est de fournir de la rétroaction concrète.	Application de l'examen aussi large que possible. Application des résultats aussi large que possible. Le but est d'accroître l'ensemble des connaissances scientifiques.
Théorie	Dépendance envers le terrain : la théorie sert à augmenter la compréhension des résultats.	Dépendance envers la théorie : la théorie est à la fois la source et l'objectif.
Méthodologie	Le choix du cadre de l'évaluation et des méthodes de cueillette de données provient du terrain. L'évaluateur réagit.	Le choix du cadre de recherche et des méthodes de cueillette de données provient de la théorie. Le chercheur agit.
Généralisation	Effort pour comprendre ce qui se produit dans un projet en particulier.	Effort pour formuler une loi générale ; la validité externe est importante.
Pertinence	Utilité pour le projet.	Accroissement des connaissances scientifiques.
Causalité	Accent mis sur la validité interne ; ce qui en recherche constitue un artéfact est vu en évaluation comme une variable interne permettant d'obtenir une causalité.	La validité interne est importante ; accent sur un petit nombre de variables causales isolées des autres variables.

Des outils disponibles pour planifier et implanter le changement....

- <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/performance-innovation/legg/index.fr.html>

Ingrédient essentiel: Organisation apprenante

- Organisations où les gens augmentent constamment leur capacité de créer des résultats qu'ils souhaitent réellement obtenir; où les façons de penser qui sont nouvelles et peuvent se développer sont favorisées; où l'aspiration collective est affranchie; et où les gens apprennent continuellement à apprendre ensemble

Ingrédient essentiel: Leadership

- Leadership différent d'un leadership vertical
- Utilisation des forces individuelles et collectives pour favoriser l'ACQ
- Réflexion commune au service d'une vision partagée
- Mais....
 - Importance de nommer un leader de projet qui sera responsable du respect des objectifs et du calendrier du projet

Rétroaction et la mesure

Huit principales raisons:

1. Évaluer
2. Contrôler
3. Budgéter
4. Motiver
5. Promouvoir
6. Célébrer
7. Apprendre
8. Améliorer

Behn (2003)

Réflexion

- Si vous aviez un projet d'ACQ à mettre en œuvre dans votre milieu....
 - Quel serait-il ?
 - Qui en serait le leader?
 - Quel serait votre rôle?
 - Quels seraient les défis associés à la participation de l'ensemble des professionnels de la 1^{ère} ligne et des patients?

Merci !
