

Piliers de l'amélioration de la qualité en soins de longue durée, en résidence pour personnes semi-autonomes et en résidence pour personnes âgées

PETIT GUIDE D'APPLICATION DES PRINCIPES D'AMÉLIORATION
Janvier 2021

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Canadian Foundation for **Healthcare Improvement**


cpsi ICSP Canadian Patient Safety Institute
Institut canadien pour la sécurité des patients


**BC PATIENT SAFETY
& QUALITY COUNCIL**
Working Together. **Accelerating Improvement.**

À propos de la Fondation canadienne pour l'amélioration (FCASS) des services de santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)

Le nouvel organisme issu de la fusion de la FCASS et de l'ICSP travaille avec des partenaires pour faire connaître des innovations éprouvées et des pratiques exemplaires en matière de sécurité des patients et de qualité des services de santé. En collaborant avec des patients et d'autres partenaires, nous pouvons améliorer durablement l'expérience des patients, la vie professionnelle des prestataires de soins de santé, l'utilisation des ressources et la santé de toutes et tous au Canada. La FCASS est un organisme sans but lucratif financé par Santé Canada. Visitez le fcass-cfhi.ca et le patientsafetyinstitute.ca pour en savoir plus.

Au sujet du BC Patient Safety & Quality Council

Le BC Patient Safety & Quality Council est un moteur de la haute qualité des soins de santé en Colombie-Britannique. Grâce à des stratégies fondées sur les données probantes, il change la culture, améliore les pratiques cliniques et fait progresser les soins centrés sur la personne et la famille afin de prodiguer les meilleurs soins possibles à chaque personne de la province.

PILIERES DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ EN SOINS DE LONGUE DURÉE, EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES SEMI-AUTONOMES ET EN RÉSIDENCE POUR PERSONNES ÂGÉES

Petit guide d'application des principes d'amélioration.

Synthèse

Le guide *Piliers de l'amélioration de la qualité en soins de longue durée, en résidence pour personnes semi-autonomes et en résidence pour personnes âgées* vise à faciliter la réalisation des projets d'amélioration par l'apprentissage ainsi que leur encadrement. Il présente une série de petites étapes qui aideront les prestataires de soins, les chefs d'équipe et le personnel à travailler avec les résidents, les familles et les partenaires de soins pour mettre en place, mettre à l'essai, adopter et diffuser des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes.

Compte tenu de la quantité colossale d'information disponible sur l'amélioration des services de santé, cette ressource n'est pas exhaustive. Elle permet plutôt aux équipes d'apprendre les rudiments de la démarche. Pour obtenir de plus amples renseignements et d'autres ressources sur l'amélioration de la qualité des soins, visitez les sites Web du [BC Patient Safety and Quality Council](#), de la [Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé](#) et de l'[Institut canadien pour la sécurité des patients](#).

Préparation

Le changement durable ne s'opère pas par magie, mais il existe des approches pour y arriver. Les étapes suivantes vous aideront à apporter des changements efficaces et durables et à les diffuser :

1. [Piliers de l'amélioration de la qualité](#)
2. [Application du processus d'amélioration](#)
3. [Compilation des mesures](#)
4. [Cheminement, des idées à la mise en œuvre](#)
5. [Plan de pérennisation](#)

1. Piliers de l'amélioration de la qualité

Avant de lancer un projet d'amélioration de la qualité, mieux vaut s'entendre sur le sens du concept dans le domaine des soins de santé. Les définitions sont multiples, mais partagent certaines caractéristiques.

L'amélioration de la qualité est :

- **Systematique** – il ne s'agit pas simplement d'instaurer un changement.
- **Fondée sur les données** – il ne s'agit pas seulement de changer les choses et d'attendre une amélioration.
- **Motivée par l'action immédiate** – il s'agit d'essayer de nouvelles façons de faire et d'assurer une bonne gestion du changement.

L'amélioration de la qualité, c'est comprendre ses façons de faire et tenter concrètement de les perfectionner.

CINQ PRINCIPES DIRECTEURS

1. Sachez pourquoi il faut agir et ce qu'il faut améliorer exactement.
2. Trouvez un moyen de déterminer si le changement a des retombées positives (données).
3. Élaborez une solution concrète qui, selon vous, entraînera une amélioration.
4. Faites plusieurs essais; adaptez, adoptez ou abandonnez le changement selon son degré d'efficacité. Ne sautez pas d'étapes avant la mise en œuvre!
5. Sachez quand et comment intégrer de façon permanente les changements à votre système (pérennisation).

ACTIVITÉ

Regardez la vidéo suivante en équipe : [Amélioration de la qualité en santé – Mike Evans](#) (en anglais; environ 11 minutes)

- Selon vous, en quoi serait-il avantageux d'appliquer les principes d'amélioration de la qualité aux services de santé?
- Quelles pourraient être les contraintes?
- Pouvez-vous nommer des possibilités d'amélioration dans votre secteur?
- Par quoi commenceriez-vous?

Les concepts de l'amélioration et du changement sont étroitement liés. Les changements qui entraînent une amélioration :

- modifient les méthodes de travail ou la réalisation des activités;
- ont une incidence positive notable sur l'état des choses;
- ont des effets à long terme.

FORMATION D'UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Ne tentez pas l'expérience seul! Les équipes des projets d'amélioration doivent être formées de façon stratégique, de sorte à rassembler différents savoir-faire, champs de connaissances et perspectives. La création d'une équipe gagnante favorise le succès et la pérennité du projet.

Au moment de former votre équipe, rappelez-vous ce principe de base : faites appel à des personnes ayant un savoir-faire, des champs de connaissances et des perspectives variés. La mobilisation d'un groupe diversifié rehausse la qualité des décisions, des procédés ou des outils. Elle incite aussi les gens à promouvoir les solutions qu'ils ont participé à créer. Recrutez des experts, des patients partenaires, des conseillers en amélioration de la qualité et des personnes dont le travail risque d'être touché par les changements à venir. Idéalement, une équipe d'amélioration de la qualité active comptera de cinq à huit membres.

Voici quelques ressources sur la [participation du patient](#) qui vous seront utiles à cette étape.

Vous devrez aussi obtenir l'appui d'un membre de la haute direction ou d'un cadre parrain. L'implication de la direction dès le début d'un projet d'amélioration contribue à la réussite et à la pérennité de ce dernier.

ÉLABORATION D'UNE ENTENTE SUR LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Ce [document](#) explique la marche à suivre pour rédiger une entente qui définit explicitement les règles de base du travail d'équipe. Une fois l'équipe formée, il est essentiel que ses membres conviennent de leurs rôles et responsabilités, et qu'ils déterminent un mode de collaboration pour les mois à venir. Des exemples de « normes collectives » sont présentés ci-dessous. Vous pouvez utiliser ces normes telles quelles, les adapter ou formuler les vôtres en équipe.

- Participation active – tout le monde s'exprime et propose des idées
- Chacun est à la fois instructeur et élève.
- Les rôles et les plans sont appelés à évoluer avec le temps.

2. Application du processus d'amélioration

Bien qu'il existe différents cadres, comme le modèle d'amélioration et la méthode Lean, la plupart des processus d'amélioration de la qualité :

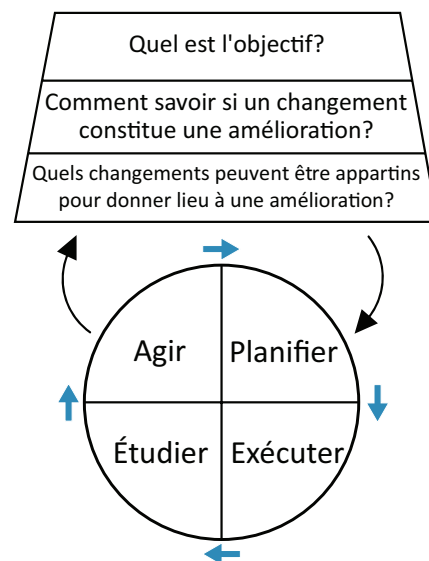
- ont la même visée, soit d'améliorer les procédés et les résultats;
- utilisent les essais à petite échelle pour étudier les changements et leur fonctionnement dans un contexte particulier;
- impliquent la collecte et l'analyse de données pour comprendre le problème et relever les progrès;
- font appel au travail d'équipe, les projets n'étant réalisés ni par une seule personne ni par un seul service.

Le modèle d'amélioration* s'inspire de la méthodologie scientifique et propose une approche structurée reposant sur des essais répétés.

Un plan écrit, parfois nommé « **charte d'amélioration** », sert à orienter le travail de l'équipe. Les chartes sont utiles pour :

- clarifier le but du projet;
- limiter les dérapages;
- définir les rôles des membres de l'équipe;
- savoir par où commencer;
- savoir quand le projet est fini.

Modèle d'amélioration



* Langley, G. L., et coll. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2^e édition), San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 2009.

CHARTRE D'AMÉLIORATION

Organisation, établissement ou site :	
Cadre parrain : <i>Une équipe d'amélioration de la qualité doit avoir le soutien de la direction pour générer un changement systémique durable. Assurez-vous de l'appui de la direction dès le départ pour vous faciliter la tâche!</i>	Chef(s) d'équipe : <i>Il est souvent préférable de nommer deux responsables pour permettre la continuité du travail en cas de changement dans l'équipe ou d'imprévu dans l'horaire.</i>
Membres de l'équipe : <i>Une équipe d'amélioration de la qualité devrait normalement compter de cinq à huit membres (au moins trois) afin de réunir des opinions et expériences diversifiées et de partager la charge de travail.</i>	
Quel est l'objectif? <i>Énoncé d'objectif – Quelles améliorations? D'ici quand? De quelle ampleur? Exemple : Réduire de moitié le nombre de chutes causant des blessures au centre ABC, pour passer de 12 à 6 par mois d'ici décembre 2021.</i>	
Comment savoir si un changement constitue une amélioration? <i>Indicateurs – Comment faire le suivi du changement pour relever les progrès? Indicateurs de résultats*</i> <ul style="list-style-type: none">- N^{bre} de chutes par mois- N^{bre} de chutes causant des blessures par mois <i>Indicateurs d'exécution du processus*</i> <ul style="list-style-type: none">- % des résidents qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque de chute à leur admission- % des résidents qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque de chute après une chute ou un changement dans leur état de santé- % des résidents « à risque » qui ont à leur dossier un plan de prévention des chutes ou de réduction des blessures- % des résidents identifiés « à risque » dont le statut a été communiqué- % des résidents qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque de chute après une chute- % des chutes pour lesquelles il y a un rapport d'incident <i>Indicateur de perception*</i> <ul style="list-style-type: none">- Utilisation de moyens de contention physiques	
Quels changements peuvent être apportés pour donner lieu à une amélioration? <i>Idées de changement – Quels changements pourraient être mis à l'essai pour améliorer les soins?</i> <i>Exemple : Idées de changement</i> <ol style="list-style-type: none">1. Réaliser une évaluation du risque de chute à l'admission et à la réadmission de chaque résident.2. Établir un plan de soins ou le mettre à jour d'après l'évaluation du risque et utiliser des indices visuels pour identifier facilement les résidents qui présentent un risque élevé de chutes causant des blessures.3. Pour les résidents jugés « à risque », veiller à ce que le personnel n'instaure qu'une intervention à la fois, afin d'évaluer l'efficacité de chacune.4. Élaborer et mener une évaluation interdisciplinaire post-chute causant des blessures afin de déterminer les facteurs contributifs (p. ex., vue, démarche, continence, médicaments, environnement, comportement/capacités cognitives, chaussures, changement dans l'état de santé, moment de la journée). <i>Contexte ou données propres à l'établissement utiles pour la présentation du projet d'amélioration</i> <ul style="list-style-type: none">- Nombre élevé de résidents à mobilité réduite- Nombre élevé de résidents atteints de troubles cognitifs- Nombre élevé de résidents incontinents- Nombre élevé de résidents prenant plus de 10 médicaments	
Comment sera exécuté le projet d'amélioration? <i>Comment s'effectuera le travail d'équipe? Qui fera quoi? Quelles sont les dates à retenir?</i> <i>Les membres de l'équipe doivent collaborer pour élaborer un plan et un échéancier adaptés et réalistes. Vous devriez vous rencontrer au moins une fois par mois pour passer en revue les données et déterminer s'il faut adapter, adopter ou abandonner les changements à l'essai. Ainsi, vous pourrez également évaluer si vous progressez vers votre objectif (sans nuire ailleurs dans le système).</i>	

DÉBUT DES ESSAIS ET DE LA MISE EN ŒUVRE

Il n’y a pas de pouvoir de changement plus grand qu’une communauté qui découvre ce qui lui importe.

– Margaret J. Wheatley

Le cycle Planifier – Exécuter – Étudier – Agir (PEEA) constitue une approche structurée et simple d’élaboration, de mise à l’essai, d’apprentissage, d’adaptation et d’amélioration. L’examen de chaque volet avant la mise à l’essai permet de cibler les tests et d’éviter qu’une étape soit oubliée. Les nouvelles idées peuvent être mises à l’épreuve, préférablement à petite échelle et dans différents contextes, avant leur déploiement dans un service ou un système ou leur adoption permanente. L’exécution de cycles PEEA est une manière efficace de valider les théories et les hypothèses. Cette méthodologie sert à déterminer si une nouvelle façon de faire ou un outil convient à toutes les circonstances ou si des modifications s’imposent. Il s’agit aussi d’une démarche importante pour adapter une innovation éprouvée aux besoins de votre milieu. Même si une intervention a bien fonctionné ailleurs, il faut commencer doucement et l’adapter (si nécessaire) au nouveau contexte. L’adhésion du personnel au changement n’en sera que plus grande. Pour obtenir plus de renseignements et de l’aide pour l’exécution d’un cycle PEEA, un modèle de fiche se trouve à la [page 14](#).

La mise à l’essai se déroule comme suit : préparer en détail les tests, y compris les prévisions et théories pertinentes (PLANIFIER), déterminer ce qu’on veut savoir et comment y arriver (EXÉCUTER), effectuer des tests et des mesures pour valider ou invalider les prévisions (ÉTUDIER), comparer ces dernières aux résultats réels, et décider des prochaines étapes (AGIR).

Ne perdez pas trop de temps dans la planification, et tentez le coup! Même en cas d’échec, vous tirerez des leçons utiles pour le prochain cycle. C’est pourquoi il faut débiter avec des actions ciblées à faible risque!

Exemple

L’équipe A croit qu’un examen systématique des médicaments en temps opportun permettrait de réduire l’utilisation inappropriée d’antipsychotiques chez les résidents sans diagnostic de psychose. Elle effectue un cycle PEEA pour évaluer la tenue d’une réunion hebdomadaire d’examen des nouvelles admissions au centre. Après une première réunion, l’équipe convient qu’examiner les listes de médicaments par vagues est trop demandant et retarde le début du travail de déprescription pour les résidents admis en début de semaine. Après de multiples essais à petite échelle, elle en vient à systématiser un changement : l’utilisation d’antipsychotiques est évaluée selon un processus d’examen des médicaments dès l’admission, et l’admissibilité à la déprescription est établie tout de suite après l’admission.

Les changements ne devraient être mis en œuvre que quand l'équipe est certaine qu'il s'agit d'une amélioration, à la lumière de ses mesures et des données.

Après quelques cycles, vous pourriez décider que l'intervention est concluante et que vous êtes prêts à l'adopter. Vous pourriez aussi décider d'abandonner l'idée et d'en essayer une autre.

Les cycles PEEA à petite échelle peuvent prendre beaucoup de formes :

- Simulation (jeu de rôle au sein de l'équipe).
- Étude de faisabilité par des intervenants externes (évaluation d'une brochure par un résident, évaluation d'un outil d'aide à la décision par un clinicien).
- Essai de courte durée. Plutôt que de dire « il faut deux semaines d'essais », demander « qu'est-ce qui peut être fait d'ici mardi? »
- Recours à la règle du 1 : 1 : 1. Faire l'essai dans un milieu avec un clinicien et un résident. Limiter la portée de chaque test pour que les cycles soient réalisables, puis ajouter des paramètres au fil de l'acquisition de données sur le changement. Par exemple, essayer un changement d'abord durant le quart de travail de jour.
- Recrutement d'un petit groupe de volontaires. Utiliser l'équipe d'amélioration comme premier échantillon ou trouver des « précurseurs », des adeptes du changement toujours ouverts à essayer de nouvelles choses. Reporter l'adoption par consensus ou l'adhésion à la fin de l'initiative.
- Segmentation du changement.
- Utilisation de systèmes de soutien temporaires pour la mise à l'essai, comme des formulaires provisoires.

3. Compilation des mesures

L'un des piliers du travail d'amélioration est la collecte de données au fil du temps. Les données servent à dresser un portrait de la situation actuelle et de l'écart à combler pour atteindre l'objectif. Leur collecte échelonnée permet de constater les améliorations ou leur absence, et aussi de voir si les essais donnent les résultats escomptés. Si ce n'est pas le cas, les données montrent s'il faut adapter ou abandonner l'essai, le réviser ou essayer une nouvelle idée de changement.

Cette section propose des indicateurs de résultats, d'exécution du processus et de perception qui pourraient orienter le travail de votre équipe durant la mise à l'essai et la mise en œuvre.

L'exemple ci-dessous est tiré du [programme Utilisation appropriée des antipsychotiques](#) de la FCASS.

Objectif 1 : Chez combien de résidents souhaitez-vous réduire ou cesser l'utilisation d'antipsychotiques entre les mois d'octobre 2020 et d'août 2021? Indiquez le nombre de résidents par rapport à la population totale de l'établissement au début de la période.

Objectif 2 : Pour combien de résidents prévoyez-vous faire un examen des médicaments en vue d'évaluer l'admissibilité à la réduction ou à l'interruption de l'utilisation d'antipsychotiques, entre les mois d'octobre 2020 et d'août 2021? Indiquez le nombre de résidents par rapport à la population totale de l'établissement au début de la période.

Indicateurs de résultats <i>Indiquent s'il y a véritablement une amélioration, un rapprochement vers l'objectif.</i>	Indicateurs d'exécution du processus <i>Indiquent si le plan est exécuté comme prévu pour atteindre l'objectif final (indicateur de résultats).</i>	Indicateurs de perception <i>Aident au suivi des conséquences ou des problèmes imprévus. Montrent si le changement apporté a une incidence positive ou négative ailleurs dans le système.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • N^{bre} de prescriptions inappropriées d'antipsychotiques • Doses d'antipsychotiques • Attitudes ou comportements négatifs (p. ex., agitation) 	<ul style="list-style-type: none"> • N^{bre} d'employés renseignés et formés sur les stratégies de soins attentifs • N^{bre} d'examen des médicaments • N^{bre} de caucus ou de réunions d'équipe interdisciplinaire • N^{bre} d'outils d'évaluation comportementale remplis 	<ul style="list-style-type: none"> • N^{bre} de prescriptions pour d'autres psychotropes (p. ex., antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) • Moyens de contention physique utilisés (p. ex., contention du torse, confinement en fauteuil) • N^{bre} de chutes

À la sélection des mesures, essayez toujours de privilégier celles qui s'appliquent naturellement à votre système. Faites-vous rapport au ministère de la Santé d'éléments pouvant être étudiés chaque semaine ou chaque mois dans le cadre du projet?

Nous vous recommandons d'inclure de trois à huit indicateurs par projet, dont au moins un indicateur de résultats et deux ou trois indicateurs d'exécution du processus. Petit rappel : les indicateurs d'exécution du processus vont montrer des variations *avant* les indicateurs de résultats. Il faut être patient pour faire bouger les gros morceaux.

L'équipe doit aussi obtenir des mesures de référence tôt dans le processus pour pouvoir démontrer les retombées de ses projets d'amélioration. Réfléchissez dès maintenant aux indicateurs que vous souhaitez faire évoluer au cours des semaines ou des mois à venir au moyen de la mise en œuvre des changements.

Les mesures de référence vous aideront à déterminer où et quand vous constaterez des améliorations lors des essais. Les données recueillies vous permettront de suivre votre progression par rapport à l'objectif, de savoir ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, de voir l'incidence des changements apportés et de faire connaître vos progrès aux autres.

Voici quelques conseils :

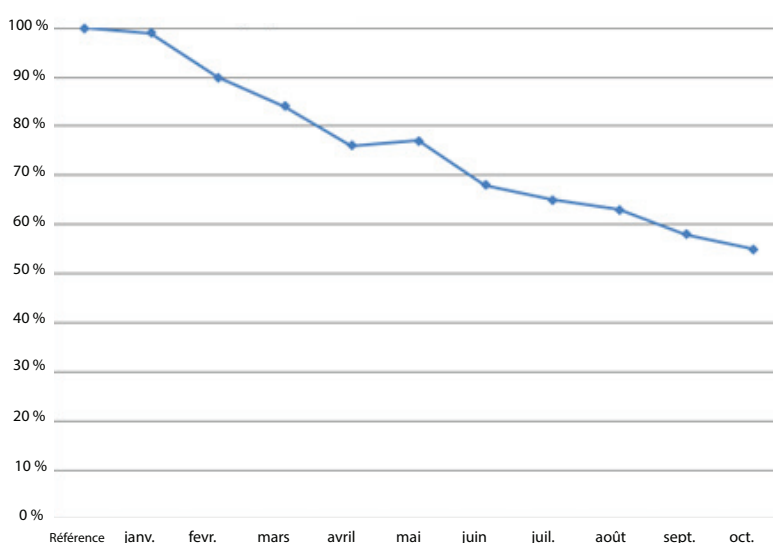
- Recueillez les données en limitant les délais et présentez celles des grandes variables au fil du temps.
- Poursuivez la collecte tout au long de vos interventions et changements.
- Examinez les données en équipe fréquemment pour bien comprendre vos projets d'amélioration et les adapter au besoin. Les données devraient être au cœur de chaque réunion d'équipe.
- Faites le suivi des résultats chez les résidents et sollicitez la rétroaction des employés qui modifient leurs habitudes et leurs pratiques.

Conseil

Apprenez-en plus sur l'utilisation des données et les méthodes de mesure dans le domaine de l'amélioration grâce au [module EPIQ](#) sur le sujet (en anglais).

L'exemple suivant porte sur une intervention d'amélioration de la qualité en ESLD lancée en janvier. Pour être admissibles au programme, les résidents devaient prendre des antipsychotiques, la mesure de référence étant alors de 100 %. Le graphique montre qu'avec son projet d'amélioration de la qualité, l'équipe a pu réduire progressivement le pourcentage des résidents n'ayant pas de diagnostic de psychose qui prennent des antipsychotiques.

Pourcentage des résidents n'ayant pas de diagnostic de psychose qui prennent des antipsychotiques



—●— % des résidents n'ayant pas de diagnostic de psychose qui prennent des antipsychotiques

Référence	janv.	févr.	mars	avril	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.
100 %	99 %	90 %	84 %	76 %	77 %	68 %	65 %	63 %	58 %	55 %

4. Cheminement, des idées à la mise en œuvre

Il n'est pas si simple d'innover pour changer ses façons de faire. Les changements implantés ailleurs ou tirés de guides de pratiques exemplaires ne fonctionneront peut-être pas aussi bien dans votre organisation ou votre unité (du moins sans adaptation).

En général, il faut additionner les idées de changement pour obtenir des résultats. On peut s'inspirer de sources variées, mais il faut toujours consulter les administrateurs, le personnel, les patients, les proches et les partenaires de soins. Dans le domaine de l'amélioration, il faut souvent se réinventer et avoir un brin d'imagination pour trouver des solutions aux problèmes de longue date. Heureusement, certaines méthodes stimulent la naissance d'idées de changement à essayer.

Adaptation de pratiques exemplaires

Souvent, dans le milieu de la santé, les idées nous sont transmises sous forme de pratiques exemplaires. Celles-ci proviennent d'études, des organisations les plus efficaces ou de modèles et de lignes directrices reconnus. L'équipe doit tout de même se renseigner à leur sujet et faire des essais pour les adapter à son milieu. La référencement consiste à apprendre des meilleurs. En échangeant avec des équipes, des organismes ou des secteurs (même en dehors des services de santé) qui arrivent à faire ce à quoi vous aspirez, vous pourrez comparer vos mécanismes et trouver des idées d'améliorations à essayer. Par exemple, le [rapport Repenser les soins aux personnes âgées](#), publié au début de la pandémie de COVID-19, propose aux établissements des pratiques prometteuses pour se préparer à une éventuelle éclosion.

Schématisation des processus

La schématisation des processus est utile pour repérer les points à améliorer. Les schémas mettent notamment en évidence :

- les délais, les doublons et les étapes illogiques;
- les engorgements et les étapes potentiellement dans le désordre;
- les tâches pouvant être réalisées par quelqu'un d'autre.

La schématisation donne aussi accès à différentes perspectives sur le déroulement des activités et aide à prévoir l'incidence des changements ailleurs dans le système.

Créativité de l'équipe

Il arrive que certaines idées de changement nous échappent. Mais les acteurs du projet, dont les résidents, les familles et les partenaires de soins, ont souvent des idées à proposer. De plus, des ressources peuvent aider les gens à sortir des sentiers battus pour générer des idées innovantes, telles que les outils « [Liberating Structures](#) ». Certaines activités qu'ils recommandent sont utiles pour déterminer les idées à essayer en premier.

Une fois la liste des changements établie :

- mettez vos idées à l'essai avant leur déploiement, à l'aide des cycles PEEA;
- recueillez des données au fil du projet et communiquez les résultats;
- enrichissez vos savoirs progressivement en incluant une multitude de paramètres. Les tests prendront de l'ampleur à mesure que l'équipe verra que le changement entraîne une amélioration.

RÉFLEXION

Pensez à un changement auquel vous avez contribué et qui n'a pas été efficace ou durable. Présentez-le brièvement et indiquez les facteurs ayant pu contribuer à son échec.

5. Plan de pérennisation

Il n'est jamais trop tôt pour songer à la pérennisation, qui fait partie de tout changement bien pensé. Lors de la sélection des idées et des méthodes d'essai, il faut aussi déterminer si les changements résisteront au temps et de quelle façon, le cas échéant. Les modifications à un processus devraient toujours pouvoir être maintenues, même au terme du projet. Un bon changement est un changement durable, et l'absence de maintien découle souvent de failles dans l'idée initiale.

Remplissez en équipe la [fiche de planification de la pérennité](#) ci-dessous pour repérer les forces et les possibles contraintes du changement proposé et pour en faire une amélioration durable.

De façon individuelle, puis en petits groupes, lisez chaque question de la fiche et répondez-y en pensant à votre changement. Notez vos doutes et discutez des mesures que vous pourriez prendre pour surmonter les problèmes et assurer la pérennisation.

- Qu'avez-vous appris de nouveau sur le changement proposé?
- Les questions vous ont-elles permis de repérer des failles ou des contraintes?
- Quelles mesures pouvez-vous prendre pour garantir le maintien du changement proposé?

Plusieurs facteurs influencent la pérennité. Vous auriez avantage à les garder en tête tout au long de votre projet d'amélioration, de la planification initiale à la mise en œuvre.

RÉFLEXION

La quête d'amélioration commande un apprentissage continu. Les outils et les conseils présentés ici vous aideront à améliorer les soins. Ce guide n'est pas exhaustif, mais nous espérons qu'il vous donnera un coup de pouce dans vos projets. Pour obtenir d'autres ressources, outils et exemples, consultez les sites Web du [BC Patient Safety and Quality Council](#) et de la [Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé](#).

Fiche – Cycle PEEA – Mise à l’essai des changements



Nom de l’équipe : _____

Date de l’essai : _____

N° de cycle : _____

Objectif du cycle PEEA :

Question à l’étude :

Planifier	<ul style="list-style-type: none">• Planification du changement ou de l’essai (<i>qui, quoi, quand, où</i>) : • Planification de la collecte de données (<i>qui, quoi, quand, où</i>) : • Prévisions (<i>à quoi s’attend votre équipe?</i>) :
------------------	---

Fiche – Cycle PEEA – Mise à l’essai des changements

Exécuter	Instauration du changement ou réalisation de l’essai (<i>avez-vous changé vos plans?</i>) :
Étudier	<p>Analyse des données et bilan des apprentissages</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Les résultats concordent-ils avec les prévisions? Quelles questions ou difficultés se sont dégagées du processus? Quelles sont les hypothèses modifiées?</i> • <i>Quels paramètres influenceraient les résultats?</i>
Agir	<ul style="list-style-type: none">• <i>Que ferez-vous au terme du cycle (adoption, adaptation ou abandon du changement)? Êtes-vous mûrs pour la mise en œuvre?</i>
	Objectif du ou des prochains cycles :

FICHE DE PLANIFICATION DE LA PÉRENNITÉ

QUESTIONS À SE POSER			
PROCESSUS	Facteurs liés au changement lui-même – Quels éléments du nouveau processus empêcheront un retour au statu quo?	Avantages autres que l'aide aux patients	Outre l'aide aux patients, quels sont les avantages du processus? Par exemple, réduit-il les déchets ou facilite-t-il le déroulement des activités? Le personnel verra-t-il une différence au quotidien?
		Vraisemblance des avantages	Les avantages pour les patients, le personnel et l'organisation sont-ils notables? Le personnel croit-il en ces avantages? Peut-il tous les décrire avec précision? Existe-t-il des données probantes attestant que ce type de changement a été avantageux ailleurs?
		Adaptabilité	Le nouveau processus peut-il l'emporter sur les problèmes internes, ou leur résolution va-t-elle perturber le changement? Le changement répond-il efficacement aux besoins de manière continue? La poursuite du changement dépend-elle d'une personne, d'un groupe, d'une technologie ou d'une subvention en particulier? Est-elle toujours possible sans ces éléments?
		Suivi des progrès	Faut-il des systèmes de suivi particuliers pour relever et mesurer l'amélioration liée au changement? Y a-t-il un mécanisme en place pour continuer à suivre les progrès? Y a-t-il un système de rétroaction qui sert à faire valoir les avantages et à guider les actions? Les effets du changement sont-ils communiqués aux patients, au personnel et à la communauté en général?
PERSONNEL	Facteurs liés aux personnes impliquées – Sont-elles d'accord avec le changement, et veulent-elles adopter la nouvelle façon de faire?	Formation et participation	Le personnel participe-t-il à la conception, à la mise à l'essai et à l'implantation du changement? A-t-il utilisé ses idées dès le départ pour définir le changement? Peut-il suivre une formation qui, en développant ses connaissances et compétences, l'aidera à faire avancer le changement?
		Comportements	Le personnel donne-t-il régulièrement ses idées au cours du processus de changement? Sont-elles prises en compte? Le personnel croit-il que le changement représente une meilleure façon de faire? Le personnel est-il en mesure d'effectuer des cycles PEEA à partir de ses idées, pour voir s'il serait recommandé d'apporter des améliorations additionnelles?
		Haute direction	Les membres de la haute direction ont-ils la confiance et le respect du milieu? Participent-ils à l'initiative? Est-ce qu'ils la comprennent et la promeuvent? Sont-ils respectés par leurs pairs et en mesure de les inciter à adhérer à la démarche? Est-ce qu'ils contribuent à éliminer les obstacles et aident les autres pour assurer la réussite du changement?
		Responsables cliniques	Les responsables cliniques ont-ils la confiance et le respect du milieu? Sont-ils influents? Participent-ils à l'initiative? Est-ce qu'ils la comprennent et la promeuvent? Sont-ils respectés par leurs pairs et capables d'influencer les autres? Est-ce qu'ils contribuent à éliminer les obstacles et donnent de leur temps pour assurer la réussite du changement?
ORGANISATION	Facteurs liés à l'organisation – Y a-t-il des ressources et des systèmes en place pour maintenir le changement?	Alignement	Les objectifs du changement sont-ils clairs? Ont-ils été communiqués? Servent-ils clairement les visées stratégiques de l'organisation? L'amélioration est-elle importante pour l'organisation? L'organisation a-t-elle déjà réussi à maintenir des améliorations?
		Compatibilité avec la culture	Le personnel a-t-il reçu une formation complète sur la nouvelle façon de faire, et maîtrise-t-il cette dernière parfaitement? Les installations et équipements suffiront-ils pour le nouveau processus? Est-ce que de nouvelles exigences sont ajoutées aux descriptions de poste? Les politiques et procédures de l'organisation favorisent-elles la nouvelle façon de faire? Y a-t-il un système de communication efficace en place?