


Colloque 2017 de l'Association québécoise en retraitement des dispositifs médicaux (AQRDM)

La qualité, la sécurité : ingrédients
essentiels de l'excellence



Lucie Grenier , présidente-directrice générale adjointe
CHU de Québec – Université Laval

20 octobre 2017



Plan de la présentation


- OBJECTIFS

 - INTRODUCTION
 - L'examen
 - L'entrevue

 - LES ASSISES DU CHU DE QUÉBEC – UNIVERSITÉ LAVAL
 - La gestion intégrée de la qualité
 - Le système de gestion


 - PARTAGE D'EXPÉRIENCES
 - La traçabilité
 - Le regroupement des activités endoscopiques
 - Le nouveau complexe hospitalier

 - QUELQUES STRATÉGIES ET OUTILS

 - MOT DE LA FIN
- 



OBJECTIFS

- Vous mobiliser afin que vous puissiez « faire la différence »
 - Vous rappeler les principaux concepts relatifs à la gestion intégrée de la qualité
 - Partager quelques expériences et diverses stratégies utilisées au CHU de Québec – Université Laval pour le développement d'une culture de qualité et de sécurité en URDM
 - Partager certains outils et quelques stratégies
- 

INTRODUCTION

L'examen

1. Dans votre service, quelles sortes d'erreurs / incidents arrivent le plus souvent, à répétition?
2. Connaissez-vous des livres, des revues en assurance qualité utilisés dans le domaine de la santé?
3. Connaissez-vous les normes d'agrément et les pratiques organisationnelles du secteur de retraitement des dispositifs médicaux?
4. Êtes-vous membre d'une équipe qualité? d'une association quelconque en qualité ou en assurance qualité?



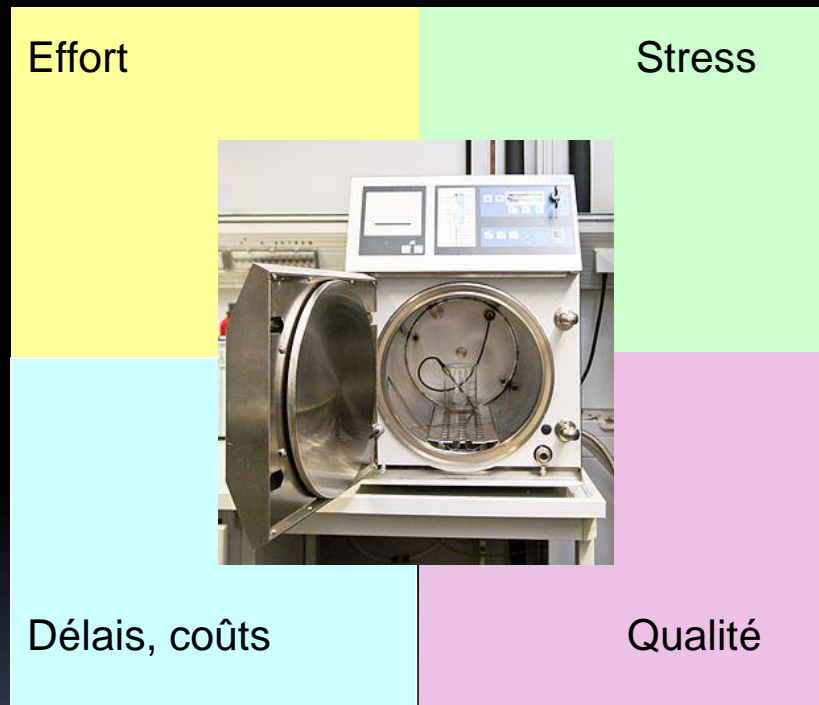
Entrevue Tout le monde en parle

Est-ce que cela vous est déjà arrivé?



Est-ce que cela vous est déjà arrivé?

À 4 niveaux



Est-ce que cela vous est déjà arrivé?



Effort

1. De répéter les mêmes directives sans résultat
2. De mettre beaucoup d'énergie pour que les nouveaux ne fassent pas trop d'erreurs
3. De souvent travailler en temps supplémentaire
4. De trouver qu'il y a un manque de rigueur
5. D'avoir trop de travail
6. De trouver que le travail des autres n'avance pas assez vite

OUI	NON

Est-ce que cela vous est déjà arrivé?



Stress: surprises - inquiétudes

7. De ne pas être certain si une tâche a été faite
8. D'être inquiet sur la qualité du travail d'un membre du personnel, etc.
(Le vôtre, ça va!)
9. De dépasser les délais de prestation de soins ou de services à cause d'imprévus
10. De découvrir sur le terrain que ça ne se passe pas comme vous le pensiez

OUI	NON

Est-ce que cela vous est déjà arrivé?



Délais, coûts

11. De recommencer une tâche parce que vous n'aviez pas la bonne information
12. De corriger les mêmes problèmes d'une unité à l'autre ou de revivre les mêmes erreurs à l'intérieur d'une même unité
13. D'être mal compris (le message ne passe pas)
14. Que le personnel fasse des tâches inutilement ou ne suive pas les règles convenues

OUI	NON

Est-ce que cela vous est déjà arrivé?



Qualité

15. D'identifier un soin ou un service qui ne corresponde pas aux normes de qualité
16. De couper les coins ronds pour arriver dans les délais (jamais, voyons!)
17. D'échapper une tâche à faire
18. De demander X choses à faire et qu'on en ait oublié une ou + dans le lot

OUI	NON



Est-ce que cela vous est déjà arrivé?



Résultats

Sur 18, si votre score est de:

- Zéro : Sortez immédiatement et postulez pour le prix Nobel
- Entre 1 et 5 : Avez-vous bien compris la question?
- Entre 5 et 8 : Est-ce pour vous donner bonne conscience?
- Entre 9 et + : Vous êtes à la bonne place

Challenger 1986



**La compétence n'a jamais été remise en doute
Escalade de petits problèmes non réglés ou
non communiqués**




LES ASSISES DU CHU DE QUÉBEC – Université Laval

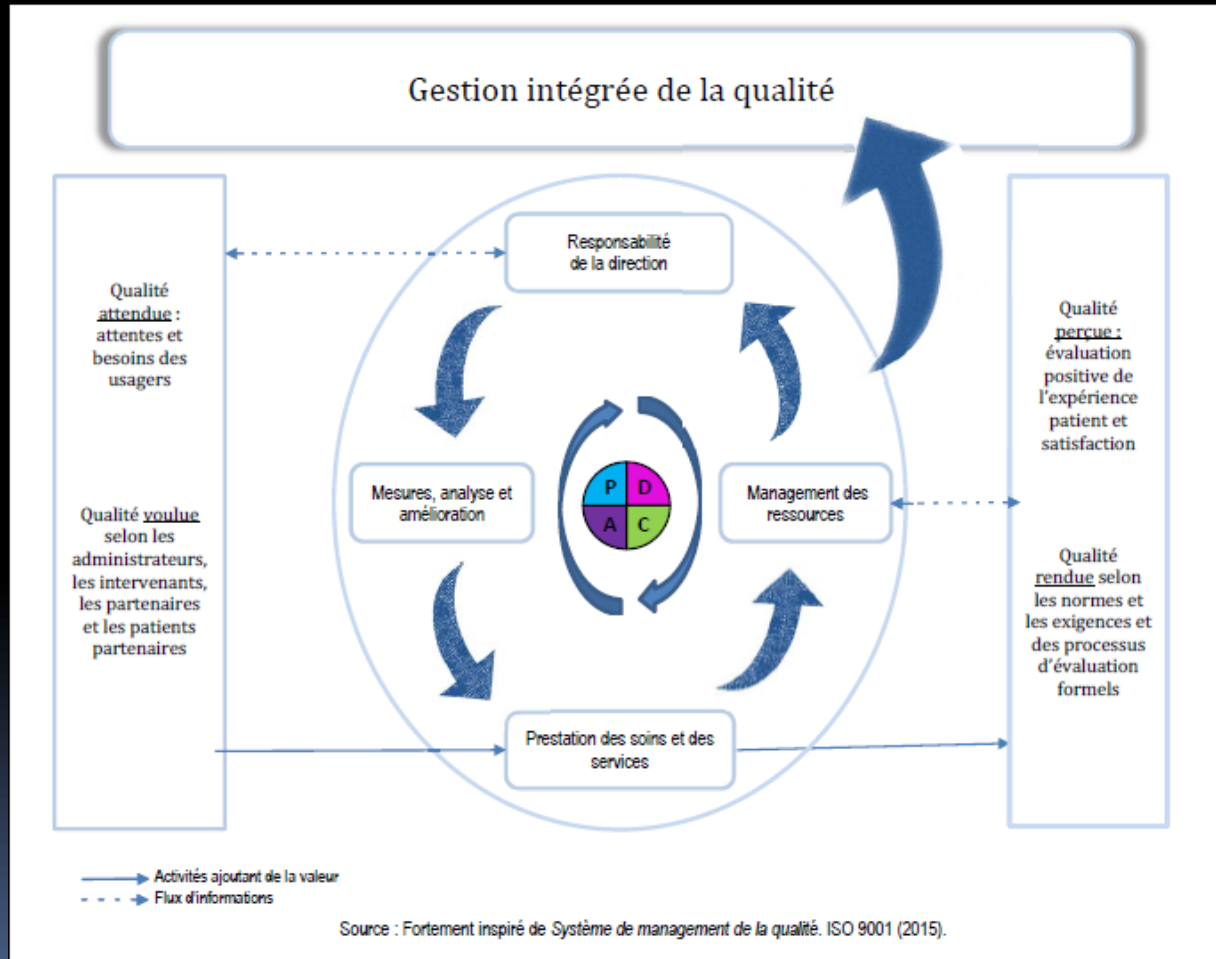
- La gestion intégrée de la qualité
 - Le système de gestion
- 



La gestion intégrée de la qualité

- Le cadre organisationnel
 - Quelques définitions
 - La culture de qualité
- 

Le cadre organisationnel



Quelques définitions

La qualité des services, c'est le degré d'excellence ou la mesure dans laquelle l'établissement répond aux besoins et aux attentes des usagers tout en considérant :

- La sécurité, l'accessibilité, le milieu de soins, la pertinence, l'efficacité, la continuité des services, l'expérience patient et les besoins de la population;
- La voix des usagers (qualité attendue et perçue), et celle des intervenants, des administrateurs et des partenaires internes et externes qui portent cette voix (qualité voulue et rendue);
- Les bonnes pratiques et les données probantes.

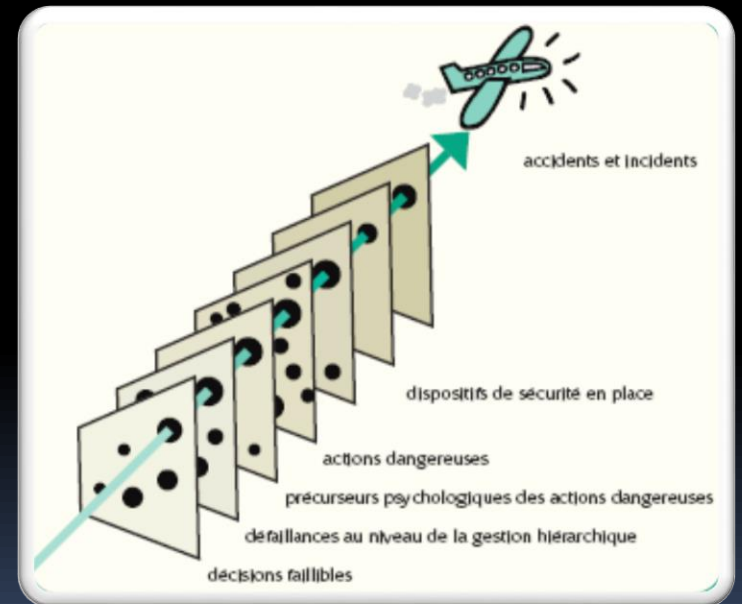
Quelques définitions (suite)

La sécurité est un état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé, le bien-être des individus et de la communauté – Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'une des huit dimensions de la qualité.

(Agrément Canada)

Les risques: vous connaissez?

- Mauvais patient, mauvais examen, rapport erroné...
- Bris équipement
- Facteurs humains
- Mauvaise communication
- Identification inexacte



Quelques définitions (suite)

La gestion des risques, c'est « un processus régulier, continu, coordonné et intégré à l'ensemble des systèmes et des sous-systèmes de l'organisation qui permet l'identification, l'analyse, le contrôle et l'évaluation des risques et des situations jugées à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à l'utilisateur, *les échappées belles*, au visiteur, au personnel, aux biens de ceux-ci ou ceux de l'établissement ».

(AQESSS, 2006)

Quelques définitions (suite)

L'assurance qualité est la démonstration de la mise en œuvre de processus pour détecter, mesurer et corriger les écarts.

(AQESSS, 2010)



La culture de qualité

- Une démarche participative impliquant les clients (écouter les clients et solliciter leur participation), le personnel et les médecins (qui se mobilisent autour d'objectifs collectifs)
- Une approche des petits pas et de la créativité
- Une communication fluide

La culture de la qualité

La maturation

INTÉGRÉE

L'amélioration de la qualité est l'affaire de toute l'organisation.
La sécurité fait partie intégrante de toutes les actions.

PROACTIVE

Le travail d'équipe, l'innovation et l'utilisation des données probantes sont valorisés.
La Direction et le personnel croient à l'importance de la sécurité.

CALCULATRICE

La qualité ne concerne que les personnes qui assistent aux comités.
Les procédures pour assurer la sécurité sont en place, mais on n'y croit pas vraiment.

EN RÉACTION

Si l'acte clinique est de qualité, un comportement relationnel inapproprié est acceptable.
On fait de notre mieux après un incident ou un accident.

PATHOLOGIQUE

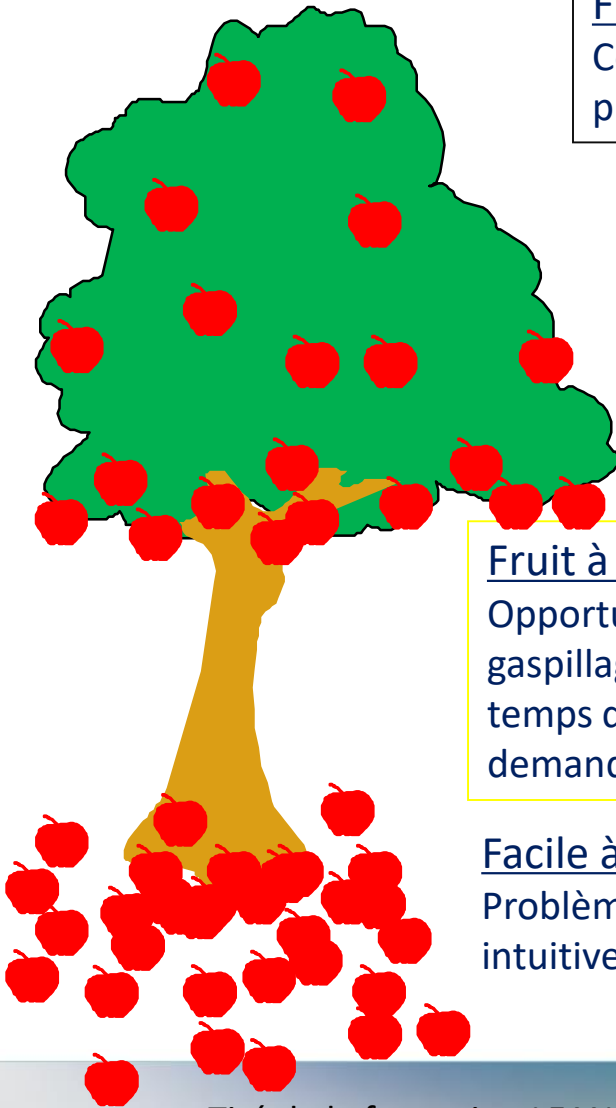
Cela ne donne rien d'essayer d'améliorer les choses.
Les événements indésirables sont cachés.

Systeme de gestion LEAN

Qu'est-ce que c'est ?

- Systeme de communication et d'alignement
 - De bas vers le haut
 - Proactif et rétrospectif
 - Indicateurs «parlants»
- Vers le Vrai Nord
- Pour connaître en continu l'état des opérations
- Pour résoudre les problèmes à la source
- Pour s'améliorer par de petites initiatives
- Pour impliquer le personnel et les intervenants

Notre défi au CHU de Québec



Fruit Primeur

Conception de nouveaux processus souvent transversaux

Fruit en vrac

Analyse approfondie pour ressortir les causes fondamentales du problème

Fruit à portée de main

Opportunités liées à l'élimination des gaspillages ou réduction des pertes de temps dans les processus qui demandent peu d'analyse

Facile à ramasser

Problème évident ayant une solution intuitive ou logique. Juste le résoudre (JDI)

Difficulté et durée du projet

Projets complexes

Analyse

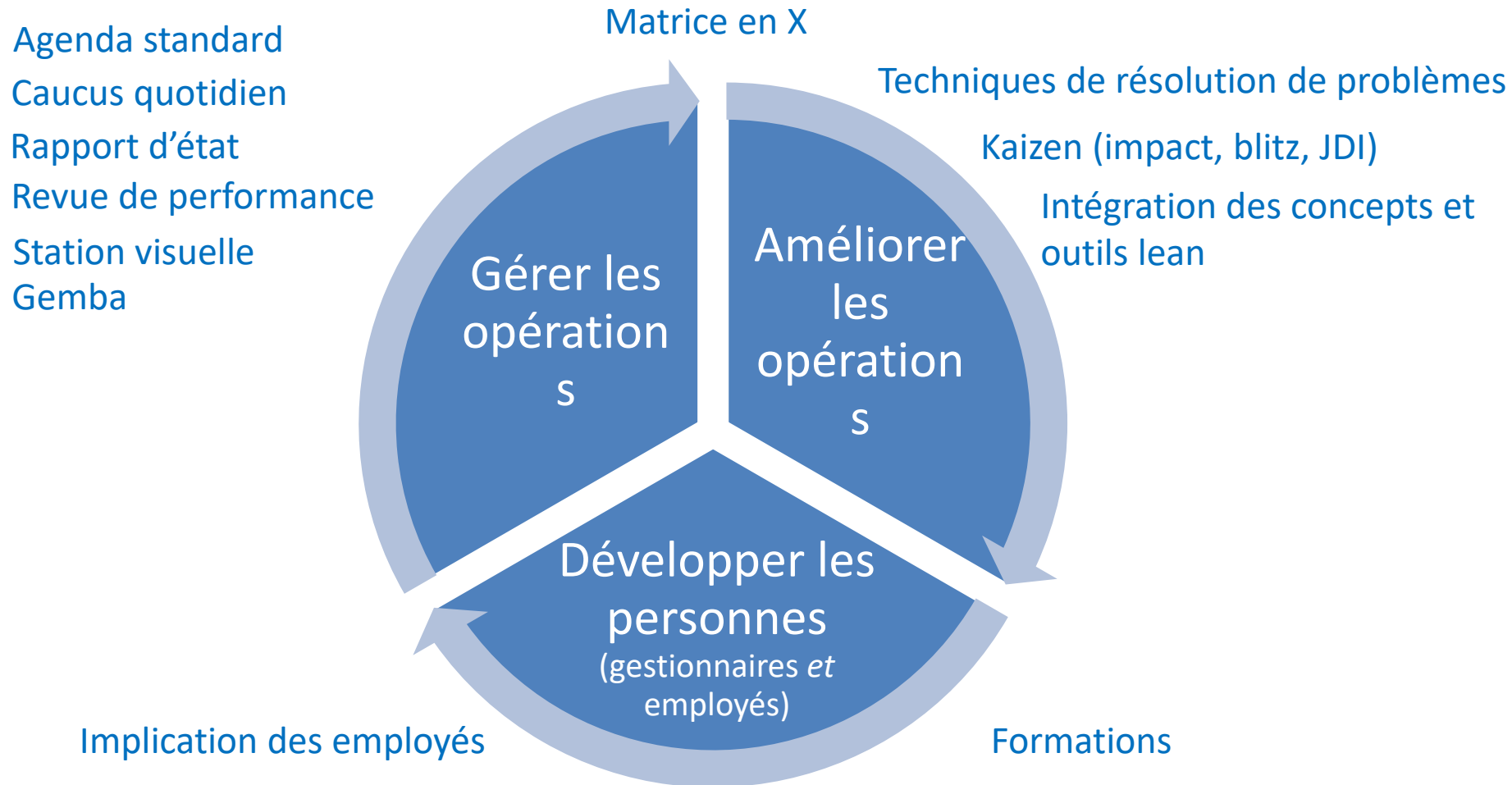
Outils Lean

Just Do it

Amélioration continue (SG)

Projets complexes

Les finalités du système de gestion



Cascade d'information

Déploiement stratégique

Vrai Nord

Indicateurs

Matrice en X

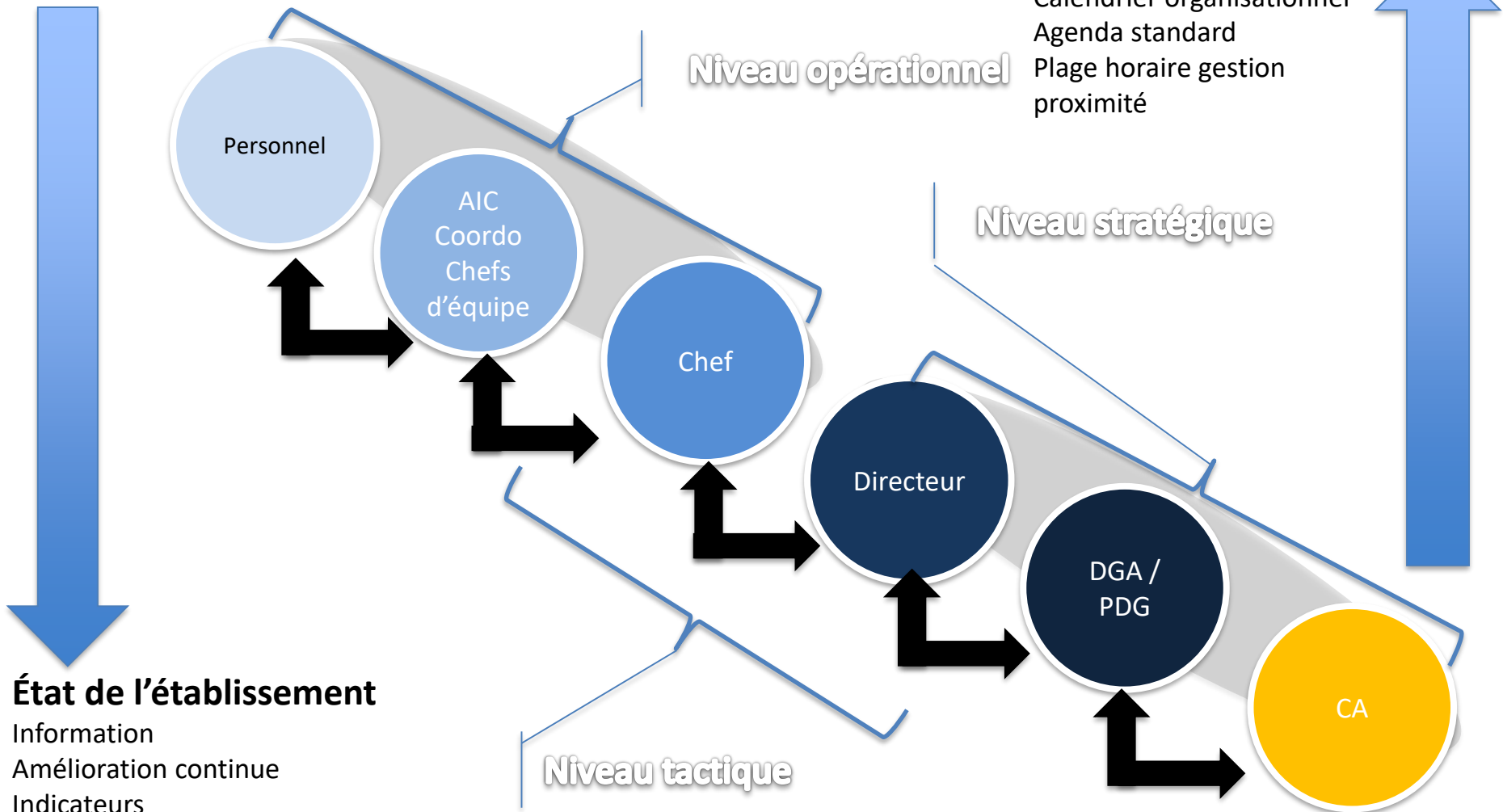
Salle de pilotage

Calendrier organisationnel

Agenda standard

Plage horaire gestion

proximité

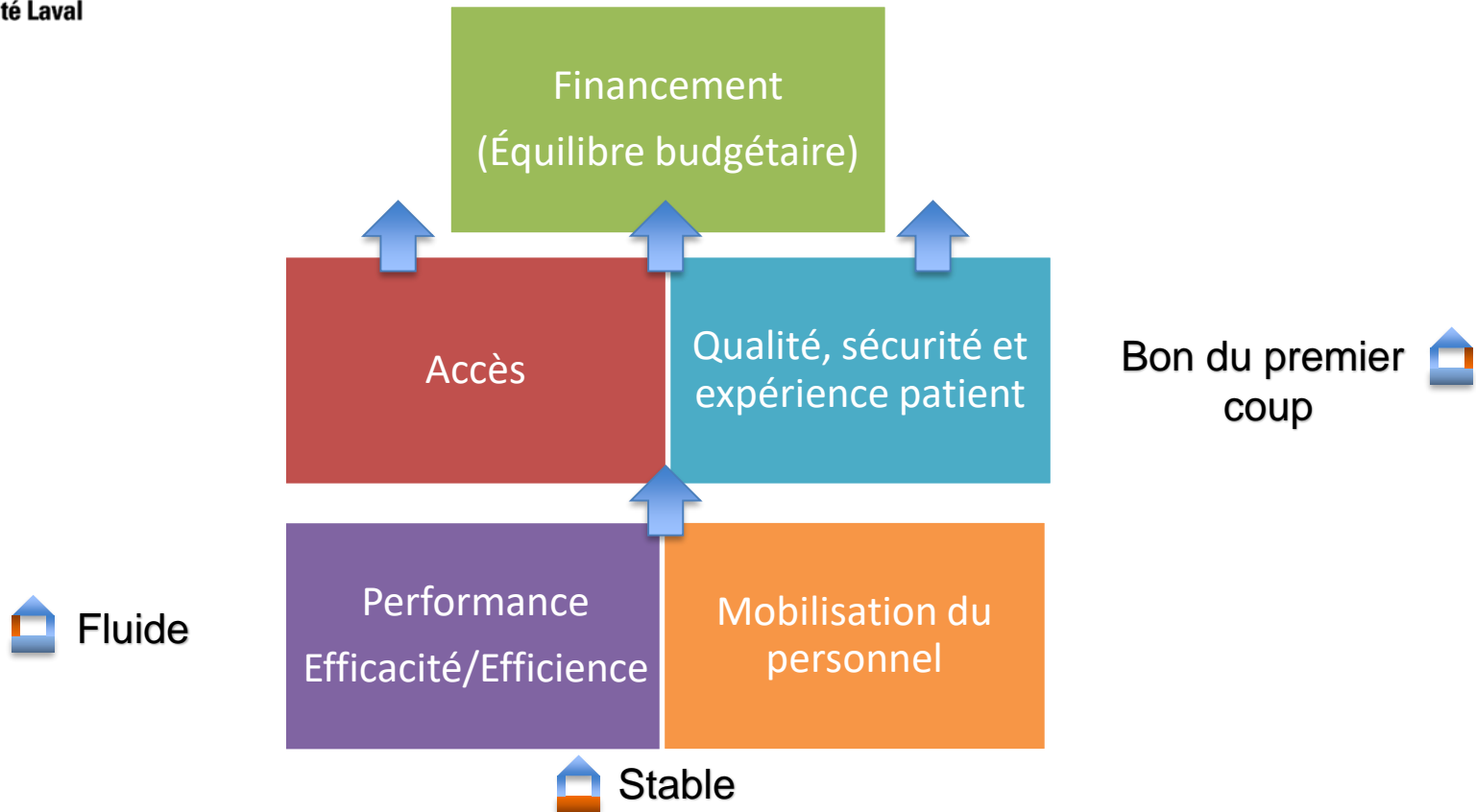


Les thèmes du Vrai Nord

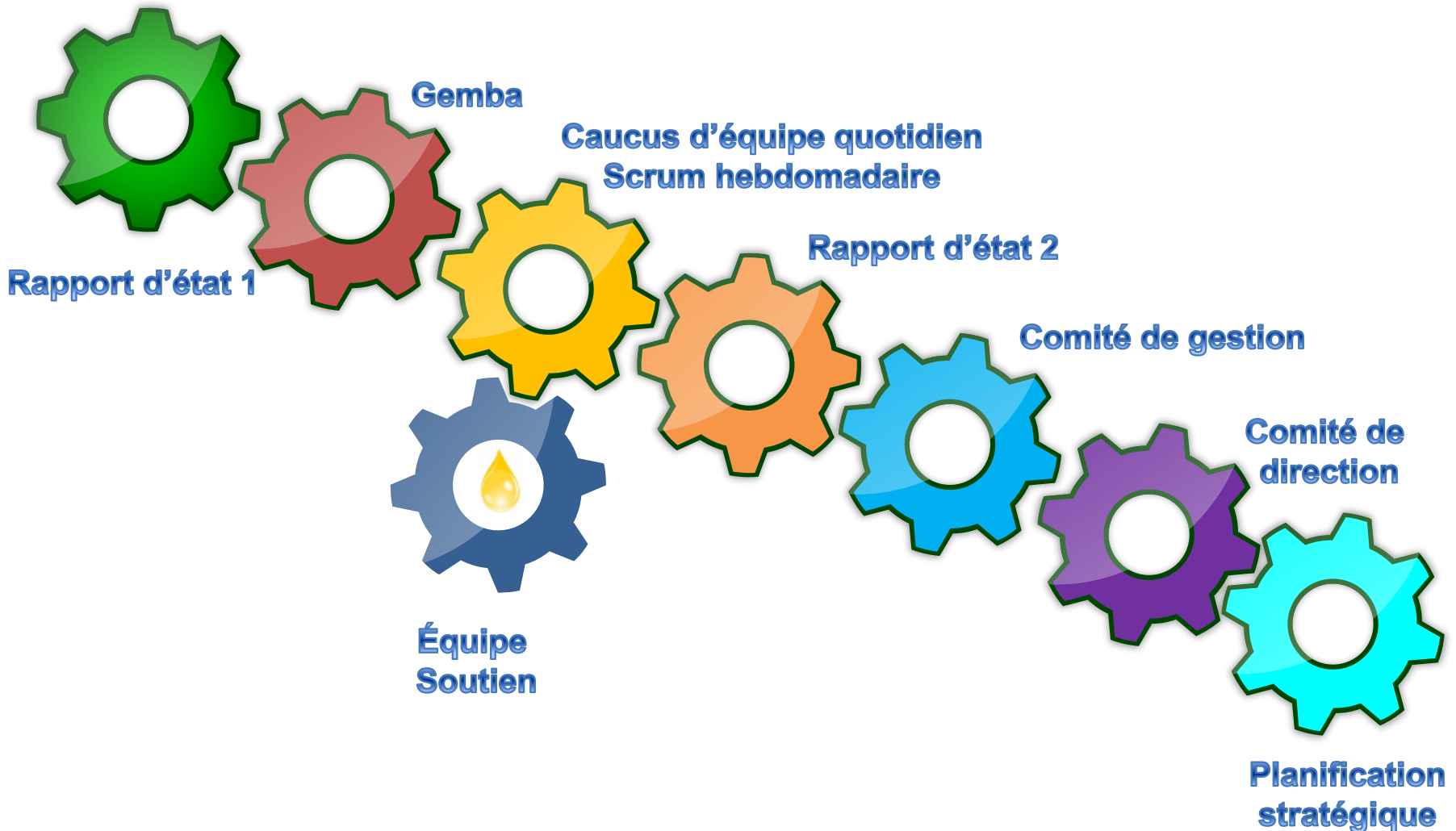


Satisfaction du besoin du client

↘ Délai ↘ Coûts ↗ Qualité ↗ Sécurité



Outils du système de gestion




Les modes de pensées et les comportements

- «Plus souvent mais moins long temps...»
- «Mieux voir et comprendre pour mieux gérer»
- «Gérer un problème à la fois... éviter les listes, l'accumulation»
- «Poser des questions... rendre visuel... pour responsabiliser les équipes...»
- «Être plus proactif par les routines de gestion... que réactif...»
- «Être présent et visible pour accompagner»
- «Se questionner pour s'améliorer»
- «Partager le même focus (Vrai Nord), éviter de s'éparpiller, de s'égarer
- «Tenter de prendre le contrôle de son temps (interruptions, imprévus, courriels)
- Développer la «culture» de la résolution de problème



PARTAGE D'EXPÉRIENCES

- Traçabilité
 - Regroupement des activités endoscopiques sous la gouverne des URDM
 - Réalisation du nouveau complexe hospitalier
- 

Traçabilidade

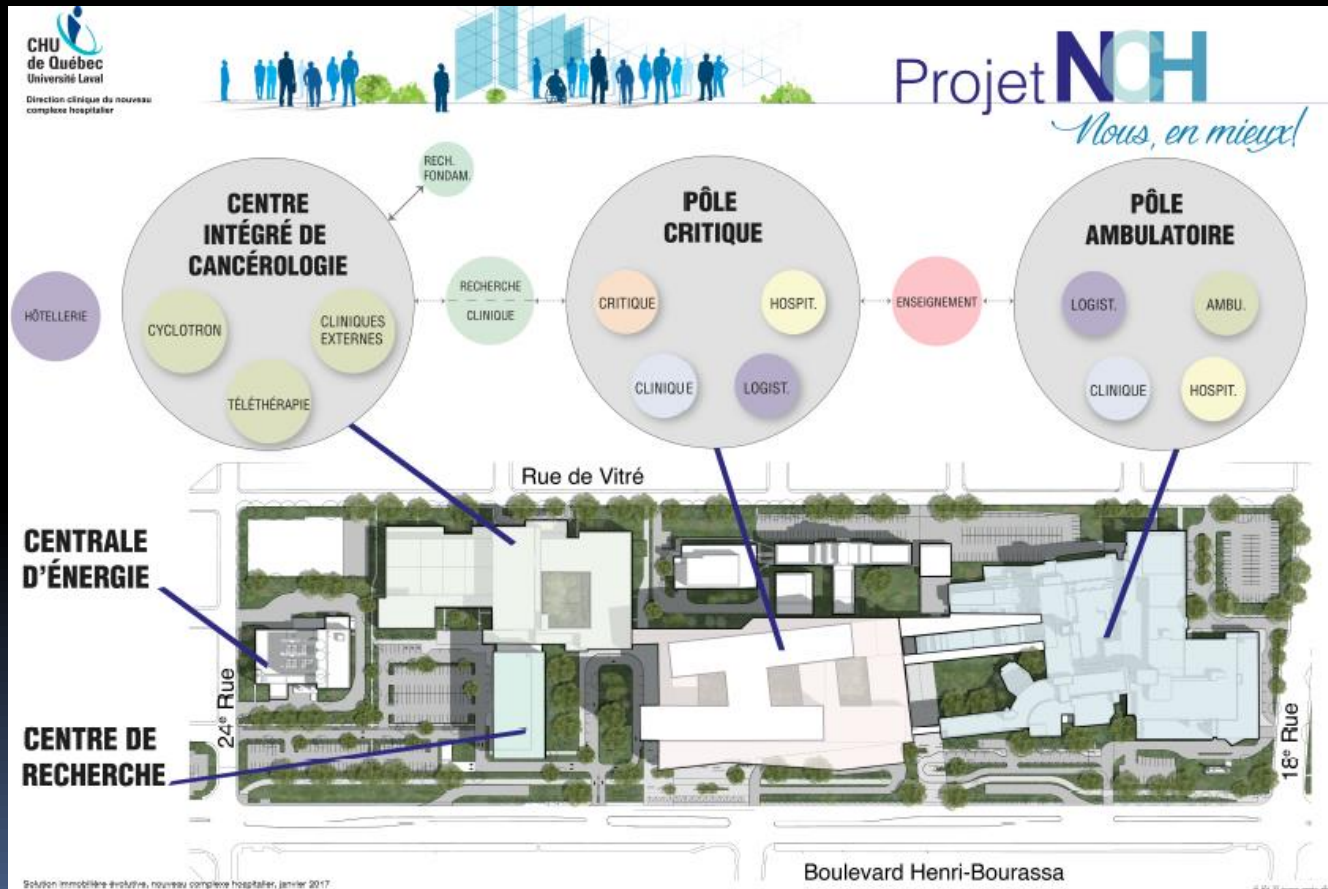


Regroupement des activités endoscopiques sous la gouverne des URDM




Crédit photo : Olympus

Réalisation du nouveau complexe hospitalier






Quelques grands constats

- Une vision/une volonté indéfectible
 - Un projet bien documenté (MOP)
 - Une démarche rigoureuse fondée sur les normes, les données probantes
 - Un leadership fort des responsables des URDM et de la Direction clientèle - chirurgie et périopératoire
 - Un appui de la haute direction
 - Des compromis bien ciblés
 - De la persévérance
- 



Quelques stratégies et outils

- Valoriser et impliquer les différents intervenants
 - Garder une vue systémique
 - Être à l'affût de l'évolution des normes
 - Se donner une vision à long terme
 - Standardiser/harmoniser
 - Agir de façon proactive/anticiper
 - Mettre en place des mécanismes anti-erreurs (ex. : identification visuelle)
- 

Quelques stratégies et outils

- Former/accompagner
- Réviser l'organisation du travail, les rôles et les responsabilités
- Réviser les processus
- Réduire les variances
- Gestion de l'environnement
- Porter attention aux maillons faibles
- Mesurer/corriger
- Auditer

Gestion des risques

REGISTRE DES RISQUES

PANDÉMIE				DATE DU PLAN CRISIS: 30 avril 2009									
Responsables : Michèle Ricard, France Lafontaine		DGAAC		RAPPORT EN DATE DU 24 octobre 2009/ 19 novembre 2009									
Collaborateurs : Responsables de volet, gestionnaires, infirmières en prévention des infections													
Élevé		Modéré		Bas									
1		2		3									
Légende :		P : probabilité		I : Impact									
		N : niveau de priorité		F : Facilité d'application des stratégies									
#	CATÉGORIES	RISQUES	P	I	N	VOLET	RESPONSABLE	F	STRATÉGIES	P	I	N	SUIVI
1.	Environnement (Incluant la circulation)	Absence de directives / directives mal comprises quant à la circulation d'un cas en nos murs	1	4	3	Publique	Manon Pelletier Sabrina/Geneviève France Lafontaine Michèle Ricard Équipe ad hoc dirigée par Pierre-André Tremblay		<ul style="list-style-type: none"> Rédaction des principales trajectoires, simulation-essai diffusion. Révision à effectuer en raison de l'approche populationnelle (communiqué 9-05-19). Simplification des trajectoires et intégration aux procédures actuelles. 				Rédaction de 7 trajectoires : 9-5-3. Information, discussion avec les 2 chefs de l'urgence le 9-05-19. Rencontre de préparation d'une simulation avec audit prévue le 29 mai 2009 (Line Picard). Révision des trajectoires et dépôt dans le fichier partagé 9-5-27. Révision des trajectoires avec le personnel des urgences et les membres du volet physique en octobre 2009. Travaux repris par l'équipe ad hoc. Travaux en cours au 3 novembre 2009. Anciennes trajectoires sont retirées du site partagé. Risque contrôlé.



AMDEC

Processus AMDEC

Étape du processus	Défaillance potentielle	Effets possibles	GRA	V	Causes possibles	OCC	Contrôle actuel ou envisagé	DET	IPR	Actions choisies	Service Responsable / Date	Résultats				
												GRA	V	OCC	DET	IPR



Cas traceurs

Collecte de données pour objectiver certains processus de travail : Cas traceurs

Service : _____

Profession : _____

Type de cas : _____

PROCESSUS	RÉFÉRENCE	ÉVALUATION	INTERVENTION	LIBÉRATION
ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Qui ✓ Comment ✓ Moment ✓ Critère ✓ Pertinence ✓ Priorisation 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Délai ✓ Outils ✓ Liens interprofessionnels 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Recommandations ✓ Suivis ✓ Délais ✓ Évaluation de l'efficacité ✓ Type d'orientation ✓ Objectifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Liens réseau
EVALUATION				
FORCES				
AMÉLIORATIONS SOUHAITÉES PAR RAPPORT AUX CONTRAINTES RELEVÉES <ul style="list-style-type: none"> - disciplinaires - organisationnelles réseau 				
PISTES DE SOLUTION				



MOT DE LA FIN

- Développer une vision commune
- Investir (temps et ressources)
- Cultiver les opportunités de changement (reconnaître les bons *timing* et les saisir)
- Accumuler les petits gains pour démontrer les résultats tangibles (célébrez)
- Persister
- Communiquer, communiquer, communiquer
- Communiquer, écouter, comprendre, impliquer
- Influencer (données probantes, experts internes et externes)
- Avoir un plan et garder le cap
- Innover



Merci de votre attention