

all teach,
all learn*

* inspired by IHI

14

L'ACCRÉDITATION : L'HISTOIRE CONTINUE... ET ÉVOLUE !

COVID-19 : Anticiper les pénuries de matériel pour soigner les patients à temps

Page 2

La qualité vue par Bruno Lucet, Conseiller de la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins à la Haute Autorité de Santé (HAS)

Page 3

De coordinatrice qualité à conseillère Accréditation Canada ; Parcours de Marie Eeman, une expertise belge valorisée

Page 4

L'expérience d'accréditation des hôpitaux du Groupe Jolimont

Page 8

Est-ce possible chez vous ?

Page 10

Veille documentaire

Page 12





Le Magazine de la PAQS est une publication de la PAQS ASBL
Clos Chapelle-aux-Champs, 30
bte 1.30.30
1200 Bruxelles

Editeur responsable
Denis Herbaux

Conception et réalisation
Audrey Mattelet

Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à ce numéro :
Carole Absil, Marie Eeman, Denis Herbaux, Bruno Lucet, Fatou Thiam, Ana van Innis

Nous remercions l'IHI de nous permettre l'utilisation de leur mantra sur notre couverture.

Impression
Media Process
Chaussée de Louvain, 775
1140 Bruxelles

Les articles publiés n'engagent la responsabilité que de leurs auteurs.

Toute reproduction, même partielle, des articles de la publication du Magazine de la PAQS doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la PAQS ASBL.



Avec le soutien de



COVID-19 : ANTICIPER LES PÉNURIES DE MATÉRIEL POUR SOIGNER LES PATIENTS À TEMPS

La crise du COVID-19 a engendré des pénuries de dispositifs médicaux. Certains ne sont soit tout simplement plus disponibles à l'achat sur le marché ou ne seront pas disponibles à temps pour traiter un patient.

Une des raisons pourrait être que certains dispositifs sont spécifiques au traitement des patients atteints par le coronavirus pour lesquels les hôpitaux ne disposent, en temps normal, que de très peu de stock. C'est le cas, par exemple, des systèmes d'aspiration fermés. Beaucoup d'entreprises se sont mobilisées pour trouver des solutions à ces pénuries, notamment en proposant des alternatives via une production locale. Toutefois, il n'existait jusqu'à maintenant aucun cadre permettant l'utilisation de ces dispositifs médicaux car mettre un nouveau dispositif sur le marché demande le suivi d'un processus long, précis et réglementé (marquage CE en tant que dispositif médical). L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a donc mis en place **une circulaire** qui a pour but de permettre aux hôpitaux de **trouver le matériel adéquat, dans un délai court, tout en garantissant un minimum de qualité.**

Quels sont les éléments importants à retenir de cette circulaire ?

La circulaire étend le concept d'*in-house production* pour les hôpitaux, en incluant la possibilité de sous-traiter la fabrication auprès d'un tiers, comme une entreprise, pour effectuer des tâches telles que la conception, la fabrication, le conditionnement et l'étiquetage d'un dispositif. Ce concept d'*in-house production* est déjà présent dans le cadre du Medical Device Regulation mais est limité à la

production en interne de matériel ou de logiciel. Cette circulaire ne sera valable que durant la crise du COVID-19 et tout dispositif mis en place pendant cette période ne pourra plus être utilisé après la crise. L'entreprise à qui est soustraite la fabrication devra préremplir le document de notification (établi par l'AFMPS) en **déclarant les normes ISO** (ou leurs équivalents) utilisées dans les domaines suivants : le système de qualité, le système de gestion des risques et les systèmes mis en place pour la biocompatibilité des matériaux utilisés. Ce ne sont pas des éléments obligatoires mais vivement conseillés car ils garantissent un minimum de qualité au dispositif. Le sous-traitant devra aussi assurer **la validité et la traçabilité des lots produits** en tenant une liste des établissements de soins auxquels il aura fourni le dispositif médical (ainsi qu'une liste des fournisseurs des matières premières utilisées). Pour les dispositifs qui devraient être stérilisés avant leur utilisation, le choix du matériel utilisé ainsi que le design du dispositif devra prendre en compte les méthodes de stérilisation utilisées dans l'établissement de soins. La fabrication de dispositifs médicaux implantables ou émettant des radiations ionisantes est exclue dans ce cadre.

Rédigé par :
Carole Absil, Business Group Leader HealthTech - Agoria

Agoria est la fédération de l'industrie technologique. Agoria ouvre la voie à toutes les entreprises de Belgique que la technologie inspire et qui améliorent notre qualité de vie grâce au développement et à la mise en oeuvre d'innovations technologiques. *Improving quality of life*, telle est sa devise.

BRUNO LUCET, CONSEILLER DE LA DIRECTION DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS À LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

Depuis plus d'un siècle, les programmes d'accréditation dans le champ de la santé ne cessent de se développer dans le monde et proposent des activités d'évaluation externe à des organisations (hôpitaux, cliniques, ...) ou à des programmes de prise en charge de patients afin d'en évaluer la performance sur la base d'exigences prédéterminées rassemblées dans des référentiels qui offrent une approche globale de l'amélioration de la qualité axée sur les aspects opérationnels, cliniques et managériaux.

L'International Society for Quality in Health Care (ISQua) propose depuis plus de vingt ans un dispositif d'accréditation international (International Accreditation Programme – IAP) à destination des organismes d'accréditation : *accredits accreditors*.

Le conseil de l'accréditation de l'ISQua External Evaluation Association (IEEA) constitue un observatoire privilégié de l'accréditation d'un point de vue international. Le récent travail prospectif piloté par Madame Wendy Nicklin, la Présidente de l'ISQua, auprès des membres de ce conseil qui regroupe les dirigeants d'organismes d'accréditation présents sur les cinq continents et dans une quinzaine de pays montre combien les organismes d'accréditation sont attentifs aux évolutions des systèmes de santé, identifient les risques, et tracent des perspectives d'évolution pour le futur de l'accréditation.

C'est ainsi que les organismes d'accréditation prennent en compte la reconfiguration des systèmes de santé et notamment la définition élargie de la notion d'épisode de soins et de parcours patient. De même, la sécurité des soins et l'accent mis sur les **soins centrés sur la personne** ainsi que la reconnaissance de la place du patient prennent une importance croissante.

Dans ce contexte, des tendances d'évolution des dispositifs d'accréditation se dessinent, c'est ainsi que le caractère volontaire de l'accréditation, très largement répandu dans le monde, est remis en question et qu'une accréditation obligatoire tend à s'installer. On constate également une tendance à la personnalisation de l'accréditation pour des programmes spécialisés ou des prises en charge cliniques spécifiques. Après avoir largement investigué les structures et les processus, l'accréditation se préoccupe maintenant davantage des **résultats**. La question de la simplification des dispositifs d'accréditation et ses implications en termes de charge de travail est largement partagée et des efforts sont engagés pour faire de l'accréditation un outil pour l'amélioration de la qualité plutôt qu'un objectif ; dans ce domaine, de nombreux organismes d'accréditation proposent désormais des visites inopinées plutôt que des visites annoncées.

On notera également que la question de l'évaluation de la valeur de l'accréditation, de son impact, fait l'objet de nombreuses publications et qu'il reste nécessaire que des travaux de recherche soient conduits dans ce domaine.

Si l'accréditation en santé est un secteur dynamique et en expansion, la récente pandémie a mis à l'arrêt forcé l'ensemble du dispositif, ce qui invite, comme dans bien d'autres secteurs, à inventer le monde d'après.



Bruno Lucet est conseiller de la Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins à la Haute Autorité de Santé (HAS). Il y est en charge des affaires internationales et participe aux travaux de l'ISQua en tant que membre du board, expert et surveyor pour le programme international d'accréditation IAP.

DE COORDINATRICE QUALITÉ À CONSEILLÈRE ACCRÉDITATION CANADA PARCOURS DE MARIE EEMAN, UNE EXPERTISE BELGE VALORISÉE

Marie Eeman, Conseillère en amélioration des systèmes de santé au sein d'Accréditation Canada, revient sur son parcours professionnel et sur l'accréditation dans les soins de santé.



Infirmière de formation, j'ai eu l'occasion de développer les compétences et les connaissances nécessaires pour comprendre les pratiques hospitalières de terrain en tant que soignante dans un hôpital en Région Flamande.

Dès le début, mes choix professionnels ont été effectués avec une priorité centrale : **dispenser des soins de santé sécuritaires et de qualité en considérant le patient comme un partenaire de soins incontournable.**

Pour ce faire, il était indispensable d'appréhender l'évolution du contexte économique, réglementaire, politique, éthique, et sociétal de l'organisation hospitalière et des autres institutions de soins. Les différentes formations suivies m'ont permis de mieux cerner l'environnement des soins de santé en Belgique.

Le trajet de soins de nombreux patients évoluant vers les structures extra-hospitalières, j'ai souhaité enrichir mon expérience en exerçant la fonction de coordinateur qualité dans le secteur des maisons de repos.

Il y a près de 12 ans, forte de cette expérience, j'ai soulevé le défi d'endosser les deux nouvelles fonctions de médiatrice hospitalière et de coordinatrice qualité dans un hôpital régional voué à connaître un rapprochement avec trois autres structures hospitalières qui brassaient ensemble une population de 120.000 habitants. Pour relever ce défi, le développement d'initiatives autour de la qualité et de la sécurité des soins, avec l'apport de l'expérience des patients et des familles, en étroite collaboration avec les équipes cliniques, a été un levier essentiel.

Ces initiatives ont été soutenues pendant plus de dix ans par le SPF Santé publique grâce aux plans pluriannuels qui reprenaient déjà des éléments incontournables pour répondre à des exigences en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. Pour y répondre, des groupes de coordinateurs qualité se sont constitués pour échanger sur la manière dont ces pratiques organisationnelles avaient été implémentées dans leurs organisations respectives.

L'approche spécifique des secteurs de la psychiatrie et des hôpitaux généraux en créant des ponts communs a permis d'établir des liens et d'échanger sur les ressources, les éléments facilitants et les obstacles à prendre en considération pour rendre pérennes ces bonnes pratiques.

Ces dernières années, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique en Belgique a valorisé les organisations dans la mise en œuvre du processus d'accréditation en soutien de leur démarche d'amélioration continue.

En décembre 2017, j'ai eu l'opportunité de suivre la formation d'expert visiteur afin de développer davantage les aptitudes nécessaires à la fonction de coordinateur de l'accréditation. Ce rôle a été partagé avec mon collègue et ami, Guy Clynckemaillie. Le pari était lancé : obtenir le niveau Accréditation Platine pour l'hôpital multisite en 18 mois.

Pour y parvenir, il était nécessaire au préalable d'**identifier les exigences des référentiels** et de **développer une méthodologie participative**. Celle-ci reposait, entre autres, sur :

- L'existence d'une cellule de *coordinateurs qualité* dans laquelle chacun se respectait, connaissait ses rôles et ses responsabilités et favorisait les interactions TOP-DOWN ;
- Le renforcement de comités existants et la mise en œuvre de structures décisionnelles en impliquant autant que possible du personnel multidisciplinaire de terrain et les différentes directions ;
- L'implication de l'ensemble du personnel hospitalier avec un soutien des différents représentants *des travailleurs* (conseil médical et conseil d'entreprise), et du conseil d'administration ;
- La valorisation des compétences du personnel hospitalier en les conseillant et en étant attentif aux besoins spécifiques des équipes en continu ;
- Le regroupement de différentes disciplines et équipes de soins de sorte qu'elles puissent apprendre mutuellement ;
- Le benchmarking des bonnes pratiques en Belgique et ailleurs renforcé par la revue de la littérature ;
- La formation du personnel, la gestion des risques, la

mise en œuvre d'audits et d'évaluations, la gestion du changement pour tout le middle management ;

- Le souci de tenir un calendrier avec des *livrables* à échéances définies ;
- La préoccupation incessante de garder le patient comme *fil rouge* au cœur de l'activité, de tirer profit des situations vécues sur le terrain et de s'intéresser aux besoins des différentes parties prenantes ;
- L'amélioration continue au travers de la gestion du projet d'accréditation, savoir sans cesse se remettre en question et évaluer l'efficacité des actions entreprises.

La réussite est le fruit d'une collaboration de plus de 2.800 personnes motivées, où **chacune d'entre elles a été un maillon fort, soutenue par un leadership à tous les niveaux de l'organisation.**

Les qualités pour y arriver :

- Être passionné par la qualité et la sécurité des soins ;
- Être entouré de collègues bienveillants ;
- Avoir des capacités de flexibilité, de négociation, de communication et de leadership, de coaching et de prise de décision.

Cette fantastique expérience m'a donné des ailes pour endosser le rôle de Conseillère en amélioration des soins de santé chez Accréditation Canada (AC). C'est une opportunité indéniable pour développer davantage ces acquis dans le management hospitalier à un niveau plus macro, voire international et continuer à apprendre en écoutant le patient et toutes les personnes qui œuvrent à son chevet.

Les établissements de soins en Belgique sont tous engagés dans cette démarche d'amélioration continue, et se situent à différentes étapes du processus : re-certification, accrédités, en cours d'accréditation, en réflexion avec des projets ponctuels liés à la qualité et à la sécurité des soins. La première phase d'accréditation doit être considérée comme un projet. Les référentiels d'AC permettent d'organiser tous les éléments d'un système des soins de santé en identifiant les liens entre les secteurs hospitaliers afin d'obtenir un résultat cohérent.

L'accréditation en Belgique est pour moi une opportunité pour :

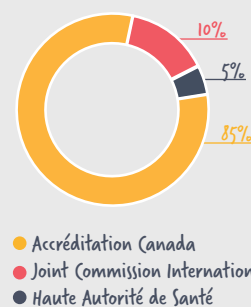
- Soutenir le processus de réseaux hospitaliers. La finalité de chaque hôpital est de dispenser des soins sûrs et efficaces qui répondent aux besoins des différentes parties prenantes. Si cet objectif est partagé dans le cadre des réseaux, l'accréditation permettra de structurer les processus de management, de réalisation de l'activité et de support des différentes organisations amenées à collaborer et à être efficaces.
- Participer au continuum des soins :
 - En prenant en considération les structures en aval et en amont de l'hôpital, en développant des liens étroits avec les structures de première ligne ;
 - En orientant le patient vers l'établissement qui répondra à ses besoins spécifiques ;
 - En répondant aux exigences de santé (exemples : diminution de la durée de séjour, amélioration de la prévention) ;
 - En rendant l'institution et chacun de ses acteurs agiles et capables de faire face aux changements ;
 - En rendant le patient acteur de sa santé.

PANORAMA DES DÉMARCHES D'ACCREDITATION À BRUXELLES ET EN WALLONIE

La création de la PAQS, fin 2013, répondait à un besoin des hôpitaux de comprendre le fonctionnement, les bénéfices et les coûts d'une démarche d'accréditation, et donc d'en évaluer l'intérêt. Il s'agissait du début de la réflexion dans l'espace Bruxelles-Wallonie, alors que la Flandre était, pour sa part, déjà engagée dans la mise en œuvre généralisée de cet outil. Chez nous, les choses ont bien évolué depuis. Aujourd'hui, **plus de 50%** des hôpitaux bruxellois et wallons sont accrédités ou en cours d'accréditation. À cela s'ajoute environ 15% des institutions hospitalières qui sont à un stade avancé de leur réflexion, voir sur le point de signer un premier contrat. Mais il y a évidemment des différences entre établissements, en fonction notamment de la taille, du type, de la région ou de l'organisme d'accréditation choisi.

Si des questions persistent sur l'accréditation, tant en Belgique qu'à l'étranger, la dynamique dans les hôpitaux semble bien lancée. Et elle rejaille sur l'ensemble du secteur. En Flandre, les soins à domicile et l'accréditation des réseaux hospitaliers dans leur globalité sont à l'ordre du jour. Du côté wallon, ce sont quelques MR(S) et une zone de secours qui ont entamé des démarches. Différentes expériences à suivre de près !

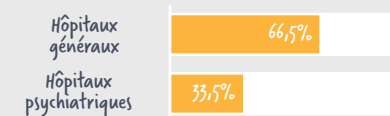
Répartition du choix des organismes d'accréditation par les institutions à Bruxelles et en Wallonie



Pourcentage d'hôpitaux accrédités ou en cours selon la région



Pourcentage d'hôpitaux accrédités ou en cours selon le type d'institution



Représentation des lits agréés des hôpitaux accrédités ou en cours

Les 51% d'institutions accréditées ou en cours représentent 65% des lits agréés



COVID-19: TEKORT AAN MEDISCHE HULPMIDDELEN ANTICIPEREN VOOR EEN TIJDIGE BEHANDELING VAN PATIËNTEN

De COVID-19-crisis heeft tot een tekort aan bepaalde medische hulpmiddelen geleid. Om dat tekort te verhelpen, is men op veel plaatsen overgestapt op lokaal geproduceerde alternatieven. Tot nu toe bestond er echter geen enkel kader voor het gebruik van dergelijke medische hulpmiddelen, want voordat ze op de markt kunnen worden gebracht, moet een langdurig, strak omlijnd en gereguleerd proces worden doorlopen. Daarom heeft het Belgisch Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) een rondzendbrief opgesteld die de ziekenhuizen in de gelegenheid moet stellen het juiste materieel te vinden, op korte termijn maar volgens de minimale kwaliteitseisen. Volgens die rondzendbrief mogen ziekenhuizen, uitsluitend voor de duur van COVID-19, de productie uitbesteden aan een derde partij, voor taken zoals het ontwerp, de vervaardiging, de verpakking en de etikettering van een hulpmiddel. De onderaannemers moeten vooraf een kennisgevingsdocument invullen, met vermelding van de gebruikte ISO-normen. Ook moeten ze de geldigheid en traceerbaarheid van elke geproduceerde partij garanderen.

KWALITEIT VOLGENS BRUNO LUCET, ADVISEUR OP HET DEPARTEMENT VERBETERING VAN DE KWALITEIT EN VEILIGHEID IN DE ZORG VAN DE FRANSE HOGE GEZONDHEIDSAUTORITEIT (HAS)

Overal ter wereld verschijnen er steeds nieuwe accreditatieprogramma's in de gezondheidszorg, die externe evaluaties van organisaties of programma's voor patiëntenzorg aanbieden. De bedoeling van zulke evaluaties is om de prestaties te beoordelen op basis van vooraf gedefinieerde en in referentiekaders samengevoegde vereisten en normen. De accreditatieraad van de ISQua External Evaluation Association (IEEA) is een belangrijke internationale toezichthouder op accreditaties. Bruno Lucet behandelt een aantal gedragsveranderingen. Zo wordt er in de zorg steeds meer belang gehecht aan een mensgerichte zorg en ligt de nadruk ook meer op resultaten dan op structuren of processen. Verder onderstreept hij de inspanningen die worden geleverd om van accreditatie een hulpmiddel voor continue verbetering te maken. Hij wijst erop dat er wel al enkele publicaties over het onderwerp bestaan, maar dat er nog veel meer onderzoek nodig is naar de impact van accreditatie.

VAN KWALITEITSCOÖRDINATOR TOT ADVISEUR BIJ ACCREDITATION CANADA; DE CARRIÈRE VAN MARIE EEMAN – BELGISCHE EXPERTISE OP TOPNIVEAU

Marie Eeman, Program Manager/Adviseur op het gebied van de verbetering van gezondheidssystemen bij Accreditation Canada, buigt zich over haar loopbaantraject. Deze verpleegkundige van opleiding heeft bij al haar professionele keuzes maar één ding voor ogen: een veilige gezondheidszorg van topkwaliteit verstrekken waarin de patiënt een rol speelt als onmiskenbare zorgpartner. Ze begint haar carrière als ziekenhuisverpleegkundige. Na meerdere opleidingen en extra ervaring in een woonzorgcentrum, neemt ze een nieuwe functie aan als ombudsvrouw en kwaliteitscoördinator in een ziekenhuis. In 2017 volgt ze een opleiding tot visitatie-expert, om de vaardigheden te ontwikkelen die van pas komen in haar functie als accreditatiecoördinator en die haar instelling het accreditatieniveau "Platinum" zullen bezorgen. Na die ervaring komt ze bij Accreditation Canada werken, om de verworvenheden in het ziekenhuisbeheer verder te ontwikkelen op een breder, internationaal niveau. Zo hoopt ze voortdurend te blijven leren door te luisteren naar de patiënten en naar iedereen die bij hun zorg betrokken zijn.

ERVARING MET ACCREDITATIE IN DE ZIEKENHUIZEN VAN DE GROEP JOLIMONT

De Centres Hospitaliers Jolimont zijn sinds september 2017 in het bezit van een accreditatie van Accreditation Canada (AC), na een proces waarmee in 2015 werd aangevangen. De beslissing om vier ziekenhuizen tegelijk te accrediteren was zowel een kans als een echte uitdaging, en de succesvolle afsluiting is te danken aan de heldere communicatie over de doelstellingen op alle niveaus van de organisatie. Het engagement van de medewerkers werd onder andere verzekerd door de aanstelling van Ambassadeurs voor accreditatie en kwaliteitsadviseurs op iedere afdeling. In dit verband zijn er meerdere kwaliteitsprojecten uitgevoerd en de betrokkenheid van de patiënten was een van de ontwikkelde aandachtspunten. Dankzij de bestaande coördinatie tussen de verschillende ziekenhuisstructuren kon men de COVID-19-pandemie beter het hoofd bieden en de woonzorgcentra van de groep voorzien van de benodigde menselijke en materiële middelen. De instelling wenst te benadrukken dat accreditatie in deze situatie een fundamentele rol heeft gespeeld, door bestaande goede praktijken nog te versterken.

DE GEVAREN VAN EEN ONDUIDELIJKE DEFINITIE VAN EENIEDERS ROL

Op 9 januari wordt de 75-jarige Catherine met een hyperkaliëmie binnengebracht op de spoeddienst. Ze wordt door de spoedarts onderzocht en besloten wordt dat ze een hemodialyse moet ondergaan en naar de afdeling intensieve zorgen moet overgeplaatst worden. Helaas is er op die afdeling op dat moment geen bed beschikbaar, dus Catherine moet op de spoeddienst blijven totdat er een bed vrijkomt. Uiteindelijk wordt de patiënte acht uur na opname in het ziekenhuis toegelaten op de afdeling intensieve zorgen. Door een communicatieprobleem tussen enkele zorgprofessionals wordt de hemodialyse niet onmiddellijk gestart. Ten slotte krijgt Catherine een hartstilstand. Kort gezegd had dit soort incident vermeden kunnen worden met een globaal overzicht van de situatie, een duidelijke definitie van en een heldere communicatie over de verantwoordelijkheden van elk lid van het team en een gestandaardiseerde werkstroom volgens de principes van "high-reliability organisations" (HRO).

FACTOREN DIE BEPALEND ZIJN VOOR EEN BETERE VERZAMELING VAN PRO'S

De laatste jaren heeft het verzamelen van resultaatindicatoren door de patiënten zelf (PRO's ofwel "Patient-Reported Outcomes") steeds meer internationale belangstelling gekregen. Ondanks de voordelen van PRO's wordt er echter maar zelden voor een gegeneraliseerde, routinematige verzameling van die gegevens gekozen. Om de succesfactoren en de obstakels voor de invoering van een PRO-programma in een zorgsysteem te beoordelen, heeft een team van Amerikaanse onderzoekers een verkennende studie verricht in een ziekenhuis en medische dienst in Massachusetts (VS). Na bestudering van de vragenlijsten die binnen de verschillende klinische specialisaties waren verzameld, stelden de auteurs vast dat voor een hoger percentage verzamelde PRO's vier factoren belangrijk waren: het engagement van artsen en bestuur, een eerdere verzameling van PRO's, de aanstelling van een Ambassadeur en de koppeling van PRO's aan een Pay for Performance-contract.

COVID-19: ANTICIPATING SUPPLY SHORTAGES TO ENSURE TIMELY PATIENT TREATMENT

The COVID-19 crisis has resulted in critical supply shortages. To meet this need, locally produced alternatives have emerged. However, up to now there has been no framework for these medical supplies and devices to be used because a long, closely defined and regulated process must be followed before equipment can be put on the market. Therefore, the Belgian Federal Agency for Medicines and Health Products (FAMHP) issued a circular that aims to enable hospitals to find the appropriate equipment at short notice while upholding basic quality standards. It gives hospitals, for the duration of the COVID-19 crisis only, the chance to subcontract production to a third party for such tasks as the design, manufacturing, packaging and labelling of equipment. Any subcontractor must complete a notification document in advance, indicating the ISO standards applied as well as guaranteeing the validity and traceability of its production batches.

QUALITY AS SEEN BY BRUNO LUCET, ADVISOR TO THE DEPARTMENT FOR QUALITY AND SAFETY IMPROVEMENT IN HEALTHCARE AT THE FRENCH NATIONAL AUTHORITY FOR HEALTH (HAS)

Around the world, health accreditation programmes are developing all the time. They offer external evaluations for patient care programmes or organisations, designed to assess their performance based on predefined requirements that are brought together in reference frameworks. The Accreditation Council of the ISQua External Evaluation Association (IEEA) is a leading international accreditation watchdog. Various shifts in behaviour are presented, for example the growing importance of person-centred care and the increasing emphasis on results rather than on structures or processes. Bruno Lucet also highlights efforts to make accreditation a tool for promoting continuous improvement, and he notes that, while there are already some publications on this subject, research is still needed into the impact of accreditation.

FROM QUALITY COORDINATOR TO ACCREDITATION CANADA ADVISOR: THE CAREER PATH OF MARIE EEMAN - BELGIAN EXPERTISE AT THE HIGHEST LEVEL

Marie Eeman, Program Manager/Advisor on Healthcare System Improvement at Accreditation Canada, looks back at her career path. A nurse by training, she had one central objective in her professional life: to provide safe and quality healthcare while treating patients as key partners in their own care. Her first job was as a hospital nurse. After completing a range of training and gaining experience in a nursing home, she took up the role of hospital mediator and quality coordinator. In 2017, she trained as a healthcare surveyor to hone the skills required to work as an accreditation coordinator and secure Platinum accreditation for her institution. After this, she joined Accreditation Canada to further develop her knowledge of hospital management at a more macro, international level and to continue learning by listening to patients and all those involved in their care.

THE ACCREDITATION EXPERIENCE OF THE JOLIMONT GROUP HOSPITALS

Centres Hospitaliers Jolimont have been accredited by Accreditation Canada (AC) since September 2017, following a process that began in 2015. The decision to accredit four hospital sites at the same time was both an opportunity and a real challenge that was met thanks to the clear communication of objectives at all levels of the organisation. The Jolimont hospitals managed to rally all staff by appointing accreditation *champions* and quality advisors at departmental level, among other measures. To this end, a number of quality-related projects were carried out and patient involvement was one of the areas developed. The existing coordination between the various hospital sites made it easier to deal with the COVID-19 pandemic and to provide the long-term care facilities with the staff and equipment needed. The institution points out that accreditation has played a major role in consolidating best practices in this situation.

THE DANGERS OF NOT PROPERLY DEFINING EVERYBODY'S ROLE

On 9 January, a 75-year-old woman called Catherine was brought into the emergency department (ED) with hyperkalemia. She was assessed by an emergency physician, and a decision was made to give her haemodialysis and transfer her to the intensive care unit (ICU). Unfortunately, no ICU beds were available, meaning that Catherine had to wait in the ED until a bed became available. She was admitted to the ICU eight hours after arriving at the hospital. However, as a result of a communication problem between some members of staff, haemodialysis did not start immediately and Catherine ended up having a cardiac arrest. In a nutshell, somebody having an overview of the situation, clearly defining and communicating responsibilities for each member of the team, and standardising the workflow based on high-reliability principles might have avoided this adverse event.

FACTORS ASSOCIATED WITH BETTER COLLECTION OF PROS

In recent years, the collection of *Patient-Reported Outcomes* (PROs) has attracted increasing international interest. Despite the advantages of PROs, the widespread and routine collection of such data is often limited. To evaluate the success factors and the obstacles to implementing a PRO programme in a healthcare system, a team of American researchers conducted a prospective study in a hospital and medical system in Massachusetts in the United States. Having analysed the questionnaires collected across the various clinical specialisms, the authors found that four factors were associated with an increase in the PRO collection rate: the commitment of doctors and the relevant administration, the previous collection of PROs, the designation of a champion, and the link between PROs and a Pay for Performance (P4P) contract.

L'EXPÉRIENCE D'ACCRÉDITATION DES HÔPITAUX DU GROUPE JOLIMONT

Comment la démarche d'accréditation est-elle mise en place dans une structure de soins multisite ? Comment différents pôles d'un même groupement d'institutions s'organisent-ils pendant la pandémie ? Le Groupe Jolimont partage son expérience.

La **démarche d'accréditation** initiée en 2015 n'a concerné que les hôpitaux des Centres Hospitaliers Jolimont (CHJ) qui sont accrédités depuis septembre 2017 par l'organisme Accréditation Canada (AC).

Concrètement, la décision est venue des directions, notamment après avoir pris connaissance du processus d'accréditation suite à une visite au Canada. Or, le site de Jolimont regroupe quatre hôpitaux avec un passé différent, donc des habitudes de travail différentes. C'était l'occasion d'**harmoniser les procédures** afin de **faciliter les collaborations**, de **créer une identité commune**, un **langage commun** et s'appuyer sur les valeurs du groupe pour **mutualiser nos efforts**.

La décision d'accréditer les quatre sites hospitaliers dans le même délai a été une véritable opportunité et un réel défi que nous avons relevé grâce à la communication claire des objectifs de l'accréditation à tous les échelons de l'organisation. De surcroît, la démarche qualité dans nos hôpitaux date d'avant l'accréditation avec la création d'un Comité qualité sécurité patients en 2006 qui a développé les premiers projets qualité.

Avec une équipe dédiée à la gestion du projet d'accréditation de 2015 à 2017, nous avons passé les différentes étapes du cycle d'Accréditation Canada (gap analysis, auto-

évaluation, visite simulée) pour un résultat final dont nous pouvons être fiers.

Un **Service qualité** a vu le jour en 2018 avec une équipe dotée de différentes expertises appuyée par un **Conseil qualité** qui comprend des membres de la direction, des professionnels de la santé, la pharmacie et deux patients partenaires. Les politiques institutionnelles en matière de qualité et sécurité y sont définies et validées puis communiquées à l'ensemble du personnel.

La transformation des CHJ s'est opérée avec les standards d'AC au niveau organisationnel et au niveau managérial. Les standards sont devenus un fil conducteur dans la gestion hospitalière et notamment au niveau des infrastructures vieillissantes de notre groupe avec la rénovation de locaux critiques tels que salles d'opération, salles d'endoscopie, services de stérilisation. Nous avons connu des changements au niveau du leadership qui ont permis à notre organisation de se mettre en perpétuelle réflexion quant aux perspectives d'avenir avec des projets innovants.

La **structure organisationnelle de la démarche d'accréditation**, qui est encore d'application, est basée sur les *Champions* qui sont les porteurs du référentiel. Evidemment, ils traitent les normes en accord avec

leurs spécialités. Ils coordonnent les groupes de travail composés des représentants de tous les sites et font le bilan par rapport à l'atteinte des normes. À l'échelon des services, des référents qualité ont joué le rôle de porte-parole pour toutes les étapes du projet d'accréditation.

Cette organisation mise en place nous a permis d'impliquer l'ensemble des départements et métiers. Ces derniers se sont penchés sur les milliers de critères en collaboration avec l'équipe qualité avec un focus particulier sur le niveau OR d'accréditation. La réussite de ce projet n'a été possible qu'avec l'implication et l'engagement de tous ces collaborateurs.



Le **dossier patient informatisé** multisite, projet d'envergure pour nos différentes institutions hospitalières, a progressé rapidement dans un délai qui a permis de se conformer à un ensemble de critères des référentiels tant au niveau du dossier médical et infirmier qu'au niveau de la prescription médicamenteuse.

LE GROUPE JOLIMONT

Le Groupe Jolimont est constitué de trois pôles :

- Le pôle 1 : le pôle hospitalier qui comprend les Centres hospitaliers Jolimont (sites de Jolimont-Lobbes-Nivelles-Tubize), le Centre hospitalier régional de Mons-Hainaut (sites de Mons et Warquignies) et ses polycliniques ;
- Le pôle 2 : le Réseau Sénior ;
- Le pôle 3 : le Réseau Enfance et Santé mentale/assuétudes.



Plusieurs **activités qualité** ont été développées et évoluent dans le temps : plan de gestion intégrée de la qualité, plan de sécurité patients, semaine sécurité patients, comités (Identito-vigilance, Chutes et Contention, etc.), partenariat patient, plan de gestion des risques, gestion des événements indésirables, tableau de bord qualité pour le personnel et pour les patients, station visuelle dans quelques services (en développement), enquêtes d'expérience patient (satisfaction, PREM, PRIM), audits internes, campagnes de sensibilisation mensuelles sur les thématiques de la sécurité des patients, e-learning, informations patient.

L'implication directe des patients dans le but d'améliorer en permanence leur sécurité a fait de notre groupe hospitalier un des pionniers en la matière. Le patient est expert de la vie avec la maladie tandis que le professionnel est expert de la maladie. Cette culture de partenariat patient est en plein essor dans nos institutions avec le défi majeur de le pérenniser à travers divers projets de co-construction.

Nous terminons un 2^{ème} cycle d'accréditation et entamons **une nouvelle phase avec le CHR Mons-Hainaut** axée sur une organisation

commune du management de la qualité pour les six sites (Jolimont, Lobbes, Nivelles, Tubize, Mons et Warquignies) dont le but est de partager nos ressources et nos outils (exemple : projet commun de gestion des événements indésirables) pour préserver et améliorer la qualité pour le patient. Les démarches qualité déjà existantes au CHR à travers des systèmes ISO 9001 ont permis d'asseoir un terreau fertile. Une visite des six sites hospitaliers est prévue à l'horizon 2023.

La **pandémie du COVID-19** a trouvé une structure multisite habituée à travailler ensemble et à unir ses forces. Au niveau des quatre sites hospitaliers, l'équipe d'hygiène hospitalière avait déjà une coordination centralisée des questions liées à la prévention et au contrôle des infections.

Un virus émergent comme le coronavirus demande une mise à jour quotidienne des recommandations, tant au niveau des autorités que des hôpitaux, ce qui est particulièrement déstabilisant pour les équipes de terrain. Ce travail nécessite également une coordination et une implication des directions, services logistiques, etc.

Tous les professionnels de la santé (infirmiers, médecins, paramédicaux,

etc.) se sont mobilisés pour une offre de soins suffisante et qualifiée au chevet des patients. Plus particulièrement, un nombre considérable de soignants n'ont pas hésité à s'entraider et à faire preuve de solidarité envers leurs collègues en surcharge de travail.

Tous les pôles du Groupe Jolimont ont été confrontés à des problématiques communes telles que le manque de matériel, le personnel malade, etc. Les maisons de repos et de soins ont relevé un défi majeur face à la propagation du virus. La sollicitation du groupe, par les maisons concernées, a permis une mise à disposition de moyens humains et matériels pour gérer au mieux ces clusters, avec des équipes très courageuses et professionnelles. Nous comprenons alors toute l'importance d'un groupe où les expériences et compétences doivent être concertées, afin de veiller à la sécurité de tous nos bénéficiaires.

L'accréditation aura joué un rôle prépondérant dans le renforcement des bonnes pratiques à travers la formalisation des procédures, les formations, la sensibilisation, les audits et la surveillance des processus, ce qui nous a été utile dans la gestion de la crise sanitaire.

LES DANGERS DU MANQUE DE CLARTÉ DANS LA DÉFINITION DES RÔLES DE CHACUN

L'HISTOIRE

Le 9 janvier, Catherine, une femme âgée de 75 ans, est amenée au service des urgences (SU) en raison d'une perte d'appétit, d'une fatigue générale, de fièvre et d'une oligurie. La patiente semble très fatiguée, voire somnolente. Les résultats du laboratoire révèlent une insuffisance rénale (créatinine à 12.0 mg/dL et potassium à 7.3 mmol/L). L'électrocardiogramme montre des ondes T pointues, pourvoyeuses d'une arythmie liée à l'hyperkaliémie.

Le médecin urgentiste décide de commencer le traitement médical pour corriger l'hyperkaliémie et consulte ensuite l'intensiviste et le néphrologue de garde. Ces derniers estiment que la patiente doit être rapidement hémodialisée et transférée en unité de soins intensifs (USI). Malheureusement, au moment du transfert, aucun lit n'est disponible au niveau de l'USI, forçant Catherine à rester dans le service d'urgence en attendant qu'une place se libère. Le

néphrologue demande à l'intensiviste de surveiller l'état électrolytique et la volémie de la patiente, de poursuivre le traitement médical pour l'hyperkaliémie ainsi que de placer le cathéter pour l'hémodialyse. L'intensiviste se rend donc aux SU et place le cathéter pour la dialyse.

Les examens suivants confirment à nouveau une hyperkaliémie sévère et des altérations persistantes au niveau de l'électrocardiogramme. La patiente présente un comportement confus, probablement dû à l'urémie. Le médecin urgentiste recontacte l'intensiviste. Ce dernier le rassure en l'informant que la patiente sera transférée dès que possible à l'USI et que la dialyse sera débutée au plus tôt.

À l'arrivée dans l'USI, environ huit heures après l'admission, la patiente présente une hypotension et a des pertes de conscience. L'infirmière de l'USI branche un moniteur de

surveillance sur la patiente et constate immédiatement une arythmie sévère. L'intensiviste se rend rapidement à son chevet mais Catherine finit par faire un arrêt cardiaque. Elle est intubée et reçoit un traitement urgent pour l'hyperkaliémie et la restauration du rythme sinusal. Le néphrologue est surpris de constater que l'hémodialyse n'a pas encore débuté. Il s'est avéré plus tard que l'infirmière de dialyse n'était pas au courant de l'urgence de la situation et a compris que la dialyse devrait commencer quand la patiente se trouverait physiquement dans l'USI.

Heureusement, les médecins sont parvenus à sauver Catherine et celle-ci a été rapidement mise sous dialyse. Elle ne présentera aucune séquelle neurologique et a pu être extubée quelques jours plus tard.

L'ANALYSE

En lisant l'histoire ci-dessus, il est facile de se concentrer uniquement sur les échecs individuels des professionnels et de considérer que cet évènement a eu lieu parce que ceux-ci sont inattentifs ou désorganisés. Cependant, la réalité est que le dommage provoqué à la patiente est directement lié à des défauts au niveau de la conception du système de soins plutôt qu'à des défauts de compétence ou d'organisation du personnel soignant. Premièrement, le **délai d'hospitalisation** de la patiente et l'allongement du temps d'attente au SU a créé une surcharge au niveau du système. Deuxièmement, une **mauvaise communication**, une **absence de coordination et de définition claire des rôles de chacun** ont eu pour conséquence une prise en charge sous-optimale de la patiente.

Les SU sont conçus pour rapidement trier, évaluer, stabiliser, traiter et admettre ou libérer les patients. Ils ne sont normalement pas équipés pour fournir des interventions plus complexes lorsqu'une décision médicale a été prise. Le terme anglais *boarding* (ou attente d'hospitalisation) désigne les patients qui sont admis aux urgences et dont la prise en charge au niveau des SU est terminée mais qui restent dans les locaux, sous la responsabilité des médecins urgentistes, en attendant qu'un lit d'hospitalisation se libère. Plus ce temps d'attente est long, plus la durée de séjour et la mortalité intra-hospitalière augmentent. En effet, plusieurs études ont montré que le risque de mortalité est plus élevé et que la durée du séjour en hôpital est plus longue lorsque la durée du séjour au SU est elle aussi plus longue^{1, 2, 3}. Une étude réalisée aux États-Unis a montré que la durée moyenne de séjour à l'hôpital pour les patients qui attendent un lit moins

de deux heures au SU était de six jours, contre neuf pour ceux qui attendent plus de 24 heures⁴. Dans cette même étude, la mortalité des patients qui attendent moins de deux heures est de 2% contre 4% pour ceux qui attendent plus de 12 heures. Les personnes âgées aux motifs d'hospitalisation complexes, comme c'est le cas de Catherine, sont plus à risque de voir leur séjour au SU s'allonger et sont également ceux qui souffrent le plus des conséquences de cette attente.

Il n'existe malheureusement pas une solution unique pour améliorer le transfert des patients depuis les urgences, mais bien plusieurs, liées à la multiplicité des causes de cette surcharge. En effet, l'origine de cette dernière, décrite dans de nombreux articles, est multifactorielle et complexe. Pour y trouver des solutions, il convient d'adopter une **approche systémique** en mobilisant toute l'institution et en **examinant la surcharge dans la globalité** de l'institution et du système de soins. En ce qui concerne le cas présent, les solutions pourraient être, par exemple, la définition d'une approche qui **répond proactivement aux besoins du patient**, qui assure la **prestation de soins sécuritaires** lorsque l'hospitalisation n'est pas possible directement et la **définition claire des responsabilités et des rôles de chacun**. À l'hôpital de Yale New Haven aux États-Unis, les services d'urgence et d'hospitalisation ont convenu que les médecins urgentistes sont responsables de la prise en charge des patients jusqu'à quatre heures après l'admission. Après ce délai, il existe une transition au niveau de la prise en charge du patient et le service de gestion des lits informe les médecins spécialistes de cette transition de soins vers leur service en désignant le médecin responsable des soins dans le dossier informatisé du patient. Cette transition est clairement communiquée à travers une plateforme de communication électronique.

Les principes de haute fiabilité sont de plus en plus appliqués dans les soins de santé afin d'identifier et de mettre en œuvre des solutions aux problèmes complexes des systèmes. Les organisations à haute fiabilité (HRO) sont caractérisées par le développement d'une culture institutionnelle qui recherche constamment les défauts, intègre les leçons apprises dans leur flux de travail et sont engagées à la résilience opérationnelle face à l'ensemble des facteurs de risques existants⁵. Elles sont également caractérisées par l'adoption de comportements dits CHAMP (en anglais **C**ommunicate clearly ; **H**andoff Effectively ; **A**ttention to detail ; **M**entor Each Other ; **P**ractice and Accept a Questioning Attitude) :

- Communiquer clairement ;
- Réaliser des transferts efficaces ;
- Être attentif aux détails et assurer la responsabilisation au niveau institutionnel et individuel ;
- Pratiquer et accepter le mentorat ;
- Pratiquer et accepter le questionnement concernant toutes les opérations.

Ces principes permettent de concevoir et de mettre en œuvre un flux de travail résilient et centré sur le patient, évitant les dommages, notamment dans des contextes hautement stressants, comme c'est le cas des SU.

Dans l'ensemble, une connaissance globale de la situation (notamment le flux, le volume et la complexité des patients), la mise en place de plusieurs niveaux de surveillance des patients, une définition et une communication claire concernant les responsabilités de chaque membre de l'équipe et une standardisation du flux de travail basée sur les principes de haute fiabilité permettent de créer des systèmes résilients où les erreurs potentielles sont détectées avant que le patient ne subisse un dommage. Dans ce cas-ci, la mise en place d'un tel système aurait, premièrement, évité la surcharge au niveau du SU et permis à la patiente d'être transférée et de recevoir à temps des soins opportuns et, deuxièmement, de définir clairement les responsabilités de chaque membre de l'équipe en diminuant les retards liés au déclenchement de la dialyse.

¹ Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, et al. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2007;35:1477-1483.

² Bing-Hua YU. Delayed admission to intensive care unit for critically surgical patients is associated with increased mortality. *Am J Surgery*. 2014;208:268-274.

³ Young MP, Goeder VJ, McBride K, James B, Fisher ES. Inpatient transfers to the intensive care unit: delays are associated with increased mortality and morbidity. *J Gen Intern Med*. 2003;18:77-83

⁴ Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between 178 Le circuit patient en structure des urgences Pierre-Géraud Claret length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med*. 2011 ;18(12) :1324-9

⁵ Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Assuring High Performance in an Age of Complexity*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2001. ISBN: 978078795627

FACTEURS ASSOCIÉS À UNE MEILLEURE COLLECTE DES PRO

Au cours des dernières années, la collecte des résultats rapportés par les patients (PRO pour *Patient-Reported Outcomes*) gagne en intérêt à l'échelle internationale. Ces données permettent de mesurer la façon dont le patient évalue sa santé et, par la suite, de comprendre si le système de santé répond correctement à ses besoins. La collecte des PRO permet également de résoudre certains problèmes de discordance entre le patient et le médecin quant à la gravité et la sévérité des symptômes ressentis. Par exemple, une étude récente a démontré que l'utilisation des PRO a permis d'allonger le temps de survie de patients atteints de cancers métastatiques.

Les financeurs et les dirigeants des systèmes de soins expriment un intérêt croissant pour les PRO, car ceux-ci leur permettent d'évaluer la valeur des soins prodigués.

Malgré les avantages des PRO, la mise en place d'une collecte généralisée et routinière de ces données est souvent limitée en raison de la réticence ressentie par les médecins, le personnel et les patients, du manque de ressources pour faire face aux résultats obtenus, des préoccupations quant à la façon dont les données seront utilisées, ainsi que des défis liés au flux de travail et aux technologies. Certaines organisations ont publié des recommandations sur la mise en place de programmes de collecte de PRO spécifiques à certaines maladies. Cependant, il existe un manque d'information sur la mise en œuvre d'un système de collecte à grande échelle, englobant diverses spécialités et milieux cliniques. Par ailleurs, les facteurs de succès

et les ressources à mettre en place pour une collecte de PRO réussie restent méconnus.

Afin d'évaluer les facteurs de succès et les obstacles à la mise en place d'un programme de PRO au sein d'un système de soins, une équipe de chercheurs américains a mené une étude prospective dans un système hospitalier et médical au Massachusetts aux États-Unis. Le *Partners Healthcare system* comprend deux hôpitaux académiques, sept communautaires, trois spécialisés et un vaste réseau de médecins généralistes. En 2014, il a mis en place une infrastructure centrale permettant de soutenir la collecte de PRO dans l'ensemble du système. La collecte de PRO était volontaire et chaque spécialité clinique pouvait choisir quel type de résultat de santé elle souhaitait utiliser.

Au total, entre mars 2014 et décembre 2018, le *Partners Healthcare* a collecté 4.061.205 questionnaires individuels de PRO provenant de 745.028 contacts. Après avoir analysé ces questionnaires recueillis à travers les différentes spécialités cliniques du *Partners Healthcare*, les auteurs ont constaté que plusieurs facteurs étaient associés à une augmentation du taux de collecte de PRO. Ces facteurs étaient **l'engagement des médecins et des fonctions de management, la collecte précédente de PRO, la désignation d'un champion, et l'association des PRO à un contrat de paiement à la performance**. De plus, les spécialités cliniques qui ont obtenu des résultats satisfaisants au cours de leur premier mois de collecte ont également eu tendance à mieux performer au fil du temps. Les auteurs ont ensuite évalué l'impact de ces différents

facteurs en fonction du succès de collecte dans les différentes spécialités cliniques. Une spécialité clinique était désignée comme étant une spécialité à succès si son taux de collecte moyen dans les six mois précédant janvier 2019 était de 50% ou plus. Tous les facteurs précédents, à savoir l'engagement des médecins et de l'administration, la collecte précédente de PRO et la désignation d'un champion étaient toujours pertinents, à l'exception de l'association des PRO à un contrat de paiement à la performance.

D'après leurs résultats, les auteurs affirment que les systèmes de soins intéressés de collecter des PRO doivent investir principalement dans l'engagement des médecins dans tout le processus de collecte ainsi que dans leur formation. Les fonctions dirigeantes des organisations de soins ne doivent pas être ignorées dans ce processus, car leur engagement a été fortement associé au succès de la collecte de PRO. Un autre constat de l'étude est que **la collecte de PRO obligatoire, soit par un mandat de la direction soit par le biais d'un contrat de paiement à la performance, n'était pas associée à une meilleure collecte des données à long terme**. Un troisième constat de l'étude est qu'une collecte de qualité dès le premier mois de lancement du projet a été associée à une meilleure collecte au fil du temps. Cela nécessite, par exemple, de s'assurer que les ressources soient disponibles et que les professionnels de soins (médecins et fonctions de management) soient formés avant le lancement du projet.

Rédigé par :
Ana van Innis, Quality & Safety Officer - PAQS

Pour en savoir plus : Sisodia RC, Dankers C, Orav J, et al. Factors Associated With Increased Collection of Patient-Reported Outcomes Within a Large Health Care System. *JAMA Netw Open*. 2020.

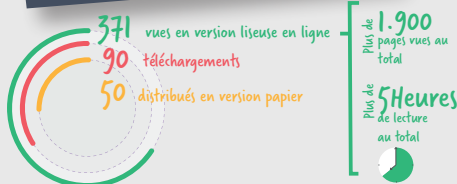
Pour plus d'articles, rendez-vous sur
paqs.be/Ressources/Revue-de-la-litterature

IMPACT



all teach,
all learn

Magazine #12 de la PAQS
Décembre 2019



Vous avez une bonne pratique que vous souhaitez partager avec vos pairs dans un prochain numéro du magazine ?

Contactez Audrey Mattelet !
audrey.mattelet@paqs.be

Quelle est la prochaine thématique que vous souhaitez voir dans le magazine ?



Dites le nous !

#allteachalllearn