

all teach,
all learn*

* inspired by IHI

20

NORMES, ACCRÉDITATION, SÉCURITÉ & QUALITÉ

Des normes intégrées au quotidien

Page 2

La qualité vue par Jean Stoefs, Directeur Qualité et du Département Administration des Patients et Achats aux Cliniques universitaires Saint-Luc

Page 3

Normes d'agrément, accréditation, normes de sécurité : quel(s) dispositif(s) pour quelle qualité ?

Page 4

Le suivi d'indicateurs et de registres : un moyen pour développer une culture apprenante

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 :
Denis Herbaux, Marlène Mélon, Véronique Piéret, Jean Stoefs, 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



DES NORMES INTÉGRÉES AU QUOTIDIEN

Les normes font partie du quotidien. Le format de papier A4, les codes-barres ou encore les piles AA sont des exemples de normalisation qui impactent et facilitent la vie des utilisateurs.

L'Organisation internationale de normalisation (ISO), qui établit des normes internationales et qui est connue dans le secteur des soins de santé, définit une norme comme : « un document approuvé par un organisme reconnu, qui a été mis au point par voie de consensus entre des experts du domaine, et qui fournit des recommandations sur la conception, l'utilisation ou la performance des produits, processus, services, systèmes ou personnes »¹.

Au-delà de l'aspect *pratique*, les normes sont également utilisées pour assurer un certain niveau **de qualité et de sécurité dans divers secteurs**. Elles peuvent dès lors être intégrées à une réglementation et devenir contraignantes.

Le code de la route fait référence à des normes. Par exemple, des aptitudes physiques et psychiques minimales sont requises pour la conduite d'un véhicule à moteur. Le casque qui doit être porté lors d'un déplacement en cyclomoteur doit être homologué conformément à une norme. Cette dernière concerne notamment les propriétés en matière d'absorption des chocs.

Le domaine environnemental est également un exemple de secteur utilisant des normes. Aujourd'hui, les véhicules les plus polluants ne sont plus autorisés à rouler à Bruxelles afin

d'améliorer la qualité de l'air dans la capitale. Cette réglementation se base sur la norme Euro des voitures.

Pour assurer la sécurité des enfants, les constructeurs de jouets doivent se conformer à une réglementation sur le territoire européen. En effet, en 2009, une directive européenne a été établie pour harmoniser les législations des États membres de l'Union européenne. Les jouets doivent se conformer aux exigences de la norme CE relative à la sécurité. Elle vise à prévenir les dangers pour les enfants. Il s'agit, par exemple, de contrôler qu'une petite pièce du jouet ne puisse pas se détacher facilement permettant d'éviter que l'enfant la mette en bouche et s'étouffe. Le signe visuel de cette norme est le logo CE sur le produit ou son emballage.

Les normes **impactent notre vie de tous les jours**, que ce soit quand nous utilisons des moyens de transport ou encore quand Saint-Nicolas apporte des jouets aux enfants. Dans les exemples présentés, elles permettent de garantir la sécurité des utilisateurs. Il est à noter que le choix de conformité à une norme peut également refléter d'autres enjeux, par exemple d'uniformité d'utilisation ou encore de marketing.

¹ « COPOLCO ». Consulté le 29 novembre 2021. https://www.iso.org/sites/ConsumersStandards/fr/1_standards.html.

JEAN STOEFS, DIRECTEUR QUALITÉ ET DU DÉPARTEMENT ADMINISTRATION DES PATIENTS ET ACHATS AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Accréditation, sécurité, normes : quelles sont les prochaines étapes ?

De nombreux hôpitaux belges sont engagés dans un processus d'accréditation (Joint Commission International (JCI), Accreditation Canada (AC), Haute Autorité de santé (HAS), etc.), avec un niveau d'avancement variable. Dans les hôpitaux déjà accrédités, la question de la pérennité de la démarche commence à se poser. Est-il pertinent de continuer à s'accréditer après deux ou trois cycles couronnés de succès ? Plusieurs hôpitaux flamands, parmi les premiers accrédités en Belgique, ont déjà annoncé qu'ils renonçaient à leur accréditation internationale, au profit de systèmes développés au sein de l'hôpital ou au niveau régional (exemple : FlaQuM).

La question du futur de notre accréditation internationale, nous y sommes également confrontés aux Cliniques universitaires Saint-Luc. La question est d'autant plus épineuse aujourd'hui, dans un contexte d'épuisement profond du personnel.

Le point de départ de notre réflexion est de reconnaître que les accréditations internationales présentent de vrais avantages en termes **de sécurité du patient et de qualité des soins**. Les normes nationales et régionales sont historiques et ne couvrent pas toute la complexité de l'hôpital d'aujourd'hui. Il faut les compléter et harmoniser les pratiques sur le terrain. Les accréditations internationales apportent un vrai plus à ce sujet en structurant la démarche au travers des différents thèmes qui touchent tous les aspects de l'hôpital et en apportant un regard extérieur neutre et objectif. Elles permettent également de mobiliser le personnel autour d'un objectif commun et créer le *momentum* lors de la visite d'accréditation.

Enfin, elles ont l'avantage de (re)mettre la qualité des soins (notre raison d'être) au cœur du projet de l'hôpital. Dans un monde professionnel où la quête de sens est de plus en plus importante, l'accréditation peut être un moteur.

Par contre, les accréditations internationales sont très exigeantes de par le nombre de thématiques touchées – qui dépassent largement le cadre de la sécurité des soins – et leur évolution continue. Par ailleurs, elles ne sont pas toujours adaptées à notre contexte culturel et nos pratiques. Certains thèmes sont teintés d'un fort accent nord-américain. Ces éléments peuvent susciter un réel manque d'adhésion auprès du personnel de terrain. Enfin, l'effet *rebond* doit être maîtrisé : il faut que **les pratiques évoluent durablement et pas uniquement lors des visites d'accréditation**. L'enjeu pour l'institution doit être de rencontrer ses objectifs de qualité **de façon continue**.

Notre perspective est donc d'utiliser l'accréditation comme un outil au service de la qualité : il structure, donne un niveau d'ambition et rythme la démarche. En parallèle, nous souhaitons développer notre propre référentiel de normes *maison*, adaptées et en ligne avec les exigences internationales, et une capacité d'audit permanent de leur application. Notre ambition est de pouvoir, à l'instar d'autres hôpitaux académiques comme UZ Leuven ou UZ Gent, s'affranchir de l'accréditation internationale après quelques cycles, tout en s'assurant que les pratiques sont durablement améliorées et harmonisées sur le terrain. Cette approche laisse un espace pour la formalisation de normes nationales, régionales ou *loco-régionales* (au sein du réseau), si les autorités souhaitent réinvestir ce terrain aujourd'hui laissé aux acteurs internationaux.



Jean Stoefs est Directeur Qualité ainsi que du Département Administration des Patients et Achats aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Il met l'accent sur la modernisation des activités et la digitalisation. Dans cette même institution, de 2015 à 2017, il a dirigé le Projet Saint-Luc 2025. Il a également travaillé dans le domaine des soins de santé à l'International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) et au Boston Consulting Group.



Livre
Mauve

NORMES D'AGRÉMENT, ACCRÉDITATION, NORMES DE SÉCURITÉ : QUEL(S) DISPOSITIF(S) POUR QUELLE QUALITÉ ?

A sa création en 2013, la PAQS avait pour mission principale d'informer les hôpitaux bruxellois et wallons sur l'accréditation : coûts, bénéfices, opportunités, risques, leviers et freins. Cette démarche d'amélioration continue s'est progressivement répandue à travers les deux régions, avec quelques années de retard sur la Flandre où, dans la Déclaration de Politique Régionale de 2009, on pouvait déjà lire une volonté d'inciter à l'accréditation (et de revoir l'inspection).

L'accréditation a toujours fait l'objet de débats. Tous les ans, lors du congrès de l'International Society for Quality in healthcare (ISQua), plusieurs sessions sont consacrées à la question de l'accréditation et à la pertinence de cette démarche pour améliorer la qualité des soins. Et la réponse à cette question reste, encore aujourd'hui, loin d'être évidente. L'accréditation a des bénéfices, c'est indéniable. Le développement d'une culture qualité/sécurité, l'utilisation de mesures et d'indicateurs, le respect des guidelines et des procédures, ou encore le contrôle des infections sont des domaines positivement impactés par l'accréditation. En revanche, l'effet sur la satisfaction des patients et du personnel, ou sur les résultats des soins en général est nettement moins clair. Et la charge de travail et administrative que représente cet outil est indiscutable. Mais ces éléments ne peuvent, à eux seuls, invalider l'utilité de la démarche. Il faut, simplement, être conscient des limites de l'outil et fixer ses objectifs en conséquence. Et, surtout, ne pas voir l'accréditation comme une fin en soi, mais

comme un élément d'un dispositif, large et cohérent, déployé en vue d'améliorer la qualité des soins et donc la performance de notre système de santé.

Depuis quelques mois, des voix se font entendre en Flandre pour mettre fin aux démarches d'accréditation. Ce qui rejaillit, forcément, sur les autres régions où les questions se multiplient sur le sujet. On peut toujours changer un outil. C'est évident. Mais la question qui se pose alors est de savoir par quel autre outil pouvons-nous remplacer l'accréditation. Et sur ce point, il n'y a pas, non plus, de réponse évidente. Les nombreuses tentatives pour *inventer* un nouvel outil ont souvent échoué. Au Danemark, rare pays à avoir officiellement arrêté l'accréditation (dans ses hôpitaux publics), des plans *qualité* ambitieux ont été mis sur pied. La logique y a

été que les premiers cycles d'accréditation ont permis **de construire et de consolider**

les fondations nécessaires à aller plus loin. C'est une dynamique similaire qui semble se mettre en place en Flandre, où l'arrêt de cette démarche pourrait laisser

[...] ne pas voir l'accréditation comme une fin en soi, mais comme un élément d'un dispositif, large et cohérent, déployé en vue d'améliorer la qualité des soins et donc la performance de notre système de santé.

la place à un nouveau *modèle qualité* moins normatif, intégré à un dispositif plus large couvrant notamment la formation des professionnels, la transparence des résultats, la déclaration obligatoire des évènements indésirables ou encore les trajets de soins et l'approche qualité en réseau.

Mais qu'en est-il à Bruxelles et en Wallonie ?

Dans le cadre du développement de la Stratégie Régionale pour l'Amélioration de la Sécurité des Patients (Livre Mauve), de nombreux professionnels de terrain se sont prononcés en faveur d'une intégration à la législation de normes liées à la qualité de manière générale, et à la sécurité en particulier. Ce résultat était inattendu de notre côté. Mais la pérennisation des démarches et des résultats dans le temps semble, au moins dans l'esprit de certains, nécessiter une certaine réglementation. Depuis de nombreuses années, on parle de revoir les normes d'agrément des institutions de soins, hôpitaux et MR(S) en tête, tant à Bruxelles qu'en Wallonie. Il s'agit évidemment d'un chantier pharaonique et complexe, vu la structure institutionnelle de notre pays, et qui a longtemps été reporté. Mais cette question revient à l'ordre du jour, et les régions semblent vouloir lui donner une impulsion décisive. On ne peut que s'en réjouir, et le timing est idéal, vu les questionnements en cours sur l'accréditation.

Nous avons, en Belgique, la chance de disposer d'un cadre normatif permettant d'offrir des garanties aux patients en termes de qualité. Peu de pays disposent de ce type d'outil. Il faut en être conscient, et capitaliser dessus. Le moderniser semble nécessaire, notamment par l'ajout d'éléments tournés vers la qualité. Mais la qualité ne se décrète pas. Il faut dès lors intégrer ce cadre normatif (mis à jour) à

un dispositif complet d'amélioration continue de la qualité dont **l'objectif sera de développer la culture qualité au sein de notre secteur et de faire de notre système de santé un système apprenant**. Il s'agira de trouver la bonne articulation entre normes réglementaires, démarches volontaires (certifiantes), inspection revisitée, formations repensées, soutien aux initiatives des institutions et des différents acteurs, indicateurs et transparence, monitoring et évaluation. Le tout sans réinventer la roue. Le Livre Mauve doit pouvoir servir de base, de même que les réflexions déjà en cours au sein des administrations et avec les parties prenantes, les options retenues en Flandre, mais également les expériences à l'étranger.



Rédigé par :
Denis Herbaux, CEO - PAQS

NORMEN IN ONS DAGELIJKS LEVEN

Normen maken deel uit van ons dagelijks leven. A4-papierformaat, streepjescodes of AA batterijen zijn voorbeelden van normalisatie die een impact hebben op het leven van gebruikers en het ook vergemakkelijken. Normen kunnen ook gehanteerd worden om een zeker kwaliteits- of veiligheidsniveau te verzekeren in verschillende sectoren en kunnen bindend worden. Het verkeersreglement, de milieuvoorschriften en de regels rond speelgoed zijn drie concrete voorbeelden van het gebruik van normen. De keuze om aan een norm te voldoen kan ook ingegeven worden door andere motieven, zoals bijvoorbeeld voor gebruiksuniformiteit of marketing.

KWALITEIT VOLGENS JEAN STOEFS, DIRECTEUR KWALITEIT, PATIËNTADMINISTRATIE EN AANKOPEN IN DE CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Veel Belgische ziekenhuizen bevinden zich in een accrediteringsproces en zijn daarin ver of minder ver gevorderd. Vandaag stelt zich de vraag naar het voortbestaan van deze benadering. Internationale accrediteringen in de sector van de gezondheidszorg bieden voordelen op het vlak van patiëntveiligheid en zorgkwaliteit. Ze structureren de benadering en maken het mogelijk om personeel te mobiliseren rond een gemeenschappelijk doel. Ook de limieten worden belicht, zoals de aanwezigheid van thema's die het kader van de zorgveiligheid overstijgen of nog het feit dat ze onvoldoende aangepast zijn aan de context van de Belgische instellingen. In de Cliniques universitaires Saint-Luc bestaat de visie erin om accreditering te gebruiken als een instrument ten dienste van kwaliteit, waarbij parallel een eigen referentiekader van de instelling wordt ontwikkeld.

ERKENNINGSNORMEN, ACCREDITERING, VEILIGHEIDSNORMEN: WELKE MIDDELEN VOOR WELKE KWALITEIT?

De voorbij tien jaar heeft de accreditering van ziekenhuizen gaandeweg ingang gevonden in België. Dit maakte het zonder enige twijfel mogelijk om de basis te leggen voor de uitrol van een ambitieus beleid gericht op de verbetering van de kwaliteit van ons zorgsysteem. De vraag "wat na accreditering?" is actueler dan ooit. De benadering stoppen of on hold zetten? Een Belgisch model creëren? De accreditering integreren in een ruimer middel dat verschillende hefboomen omvat om de kwaliteitscultuur te ontwikkelen? Continue verbetering integreren in de reglementering? Al deze denkpistes hebben voor- en nadelen. Ze zullen moeten worden verkend en samen met de stakeholders zal het model van morgen moeten worden uitgewerkt, met als inspiratiebron de denkoefeningen in Vlaanderen en in het buitenland en verwijzend naar de literatuur en de kennis ter zake.

DE OPVOLGING VAN INDICATOREN EN REGISTERS: EEN MIDDEL OM EEN LERENDE CULTUUR TE ONTWIKKELEN

In Wallonië legt de reglementering de kwaliteitsnormen vast die woonzorgcentra opleggen om zorgindicatoren te registeren om een verbeteringstraject uit te zetten. Voor het Agence pour une Vie de Qualité (AViQ), de bevoegde administratie in Wallonië, kan op basis van deze gegevens de evolutie van de kwaliteit in de sector opgevolgd worden. Ze zijn een indicator voor de woonzorgcentra en bieden hen de mogelijkheid om verbeteracties in hun instelling beter te formuleren. De transversale kwaliteitscoördinator van de Pool Senior van Groupe Jolimont legt uit hoe deze verplichting op het terrein wordt vertaald met de teams. Het is enkel dankzij een systematische opvolging met gerichte actieplannen dat nuttige, gebruikte en bruikbare indicatoren kunnen dienen in het belang van een kwaliteitstraject en een globale zorg voor de bewoner.

WANHOOPSDAAD TIJDENS EEN OVERBRENGING

De 43-jarige Simon komt op de spoeddienst terecht na een zelfmoordpoging met een overdosis medicamenten en insnijding in de twee polsen. Na een onmiddellijke beveiliging en een moment om de patiënt te kalmeren, lijkt hij minder geagiteerd, maar klaagt hij herhaaldelijk over hevige pijn in de borst. Daarom wordt een radiologisch onderzoek gevraagd. Tijdens zijn overbrenging naar de dienst medische beeldvorming vraagt Simon om naar het toilet te gaan. Tijdens zijn toiletbezoek onderneemt Simon een nieuwe zelfmoordpoging en probeert hij zich met de windels die hij aan zijn polsen had te verhangen aan de lavabokraan. Er worden drie systemische factoren geanalyseerd: bewaking; communicatie tussen professionals en hun vorming; beveiliging van de ziekenhuisomgeving.

HET PROBLEEM MET DE "VIJF HANDHYGIËNE-INDICATIES" VAN DE WGO

In 2009 publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) de "Vijf handhygiëne-indicaties", die vandaag wereldwijd de referentiebenadering vormen voor de toepassing van strategieën en onderzoek inzake handhygiëne. Een groep Britse onderzoekers formuleerde vijf problemen in verband met de "Vijf handhygiëne-indicaties". Volgens hen hebben de vijf indicaties een impact op de manier waarop zorginstellingen praktijken in verband met handhygiëne toepassen en op de evaluatie van de naleving van deze praktijken. De auteurs zetten vervolgens vier oplossingen uiteen om deze problemen te verhelpen. De "Vijf handhygiëne-indicaties" hebben de zorgprofessionals geholpen om een aantal kritieke punten te definiëren waar handhygiëne noodzakelijk is. Vandaag moeten ze worden bijgewerkt om te voldoen aan de huidige noden en uitdagingen en rekening houden met nieuwe beschikbare technologieën.

STANDARDS IN DAY-TO-DAY LIFE

Standards are part of our everyday life. A4 paper format, barcodes, and AA batteries are all examples of standardization that impact and make life easier for users. Standards can also be used to ensure a certain level of quality and safety in various sectors, and as such, may be binding. The highway code, environmental regulations, and toy safety specifications are three practical examples of standards being used for this purpose. The choice to comply with a standard may also reflect other preoccupations, such as uniformity of use or marketing.

QUALITY AS SEEN BY JEAN STOEFS, DIRECTOR OF QUALITY AND OF THE PATIENT ADMINISTRATION AND PURCHASING DEPARTMENT AT CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC

Many Belgian hospitals are engaged in an accreditation process, with some further advanced than others. Questions are now being asked about the long-term future of this type of approach. International accreditations in the healthcare sector have advantages in terms of patient safety and quality of care. They structure the process and help to galvanize staff around a common objective. They also have their limitations, for example where there are issues that transcend safe care or where they are ill adapted to the Belgian context. *Cliniques universitaires Saint-Luc's* approach is to use accreditation as a tool to promote quality, while also developing its own in-house framework.

CERTIFICATION STANDARDS, ACCREDITATION, SAFETY STANDARDS: WHICH SYSTEM(S) FOR WHICH QUALITY OUTCOMES?

Hospital accreditation has gradually taken hold in Belgium over the past decade. While this has undoubtedly helped lay the foundations for rolling out an ambitious policy aimed at improving the quality of our healthcare system, questions are increasingly being asked about what should happen next. Stop or pause the accreditation process? Develop a Belgian model? Integrate accreditation into a broader system with different levers to foster a quality culture? Embed continuous improvement into regulation? There are advantages and disadvantages to all of these options. It will therefore be necessary to explore them all and work with stakeholders to develop a model for the future, taking account developments in Flanders and abroad and drawing on the literature and expertise in this area.

MONITORING INDICATORS AND RECORDS: A WAY TO DEVELOP A LEARNING CULTURE

In Wallonia, the regulation specifies quality standards whereby long-term care facilities are asked to record care indicators with a view to establishing an improvement process. This data allows the *Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)*, the responsible government body in Wallonia, to monitor the development of quality in the sector. For long-term care facilities, it is an indicator enabling them to target improvement actions in their institution. The transversal quality coordinator of the Jolimont Group's Senior Division explains how this requirement is implemented in the field in partnership with staff. It is only thanks to systematic monitoring and the implementation of relevant actions that useful, used, and usable indicators can help drive improvements in quality and all-round care for residents.

ACT OF DESPERATION DURING A PATIENT TRANSFER

A 43-year-old man named Simon was admitted to the emergency department after trying to kill himself by overdosing on medication and slitting both his wrists. After receiving emergency treatment and being left for a while to calm down, the patient seemed less agitated but complained repeatedly of severe chest pain. An X-ray examination was therefore requested. While he was being transferred to the imaging department, Simon asked to go to the bathroom. While there, he attempted suicide again by trying to hang himself from the sink tap using the bandages he had on his wrists. Three systemic factors are analyzed: surveillance; communication between professionals and the training they receive; and safety of the hospital environment.

THE PROBLEM WITH THE WHO'S "MY FIVE MOMENTS FOR HAND HYGIENE"

In 2009, the World Health Organization (WHO) published "My Five Moments for Hand Hygiene", now the global benchmark approach for hand hygiene strategies and research. A group of British researchers has identified five problems linked to the Five Moments. According to them, the Five Moments impact how healthcare institutions implement hand hygiene practices as well as the assessment of adherence to these practices. The authors then list four solutions to overcome these problems. "My Five Moments for Hand Hygiene" have helped healthcare professionals to identify critical points at which hand hygiene should take place. They now need to be updated to meet current needs and challenges while taking into account the new technologies available.

LE SUIVI D'INDICATEURS ET DE REGISTRES : UN MOYEN POUR DÉVELOPPER UNE CULTURE APPRENANTE

Engagée depuis deux ans au sein du Pôle Senior du Groupe Jolimont en tant que coordinatrice qualité, j'ai entre autres pour mission d'implémenter une démarche d'amélioration continue dans les sept maisons de repos (et de soins) et ce en étroite collaboration avec les acteurs de terrain. Pour se faire et afin d'harmoniser les outils utilisés, la Directrice Générale, Madame Anne-Sophie Caudron, a mis en place pour tous les collaborateurs responsables la formation *Improvement basics* de la PAQS.

Les outils de l'amélioration sont utilisés pour la mise en place de plans d'action suite à l'analyse des indicateurs répondant aux obligations légales (cfr. encart rédigé par l'AViQ à la page 9). Au sein du Pôle Senior, les responsables me transmettent mensuellement un aperçu global de tous les indicateurs à enregistrer et des mesures prises.

Le premier indicateur sur lequel je me suis attardée, et m'attarde encore, est le registre d'appels. Force est de constater que si le registre est quotidiennement signé, peu d'analyses des différents manquements sont initiées. Aidée d'une collègue, j'ai pu **extraire les données, les traduire en graphiques et ensuite, retourner vers les responsables pour susciter leur questionnement** quant à la répartition des appels sur la journée, les motifs des appels et le profil des résidents qui sonnent le plus en fin de journée. Nous avons mis le doigt sur un problème pratique, tout le monde n'avait pas la clé pour acquitter l'appel. De là, ont découlé des séances d'information et la création d'une procédure.

Un autre domaine qui a généré de belles initiatives est le registre des chutes. Mensuellement, les responsables et les référents *chutes* me transmettent le nombre de chutes, les lieux et les moments ainsi que le nombre de résidents multi-chuteurs. Grâce à la mesure et à l'analyse de cet indicateur, les institutions mettent en place diverses initiatives telles que : l'utilisation systématique d'échelles de dépistage du risque de chute, la tenue

d'ateliers d'équilibre chaque semaine, l'organisation d'une campagne de sensibilisation ou encore d'une semaine de la sécurité avec une chambre des erreurs, la réalisation d'une brochure, etc. Les résidents et les familles sont partie prenante de chacune de ces activités.

En ce qui concerne l'indicateur *infections*, des comités d'hygiène locaux se sont organisés et des campagnes de re-sensibilisation à l'hygiène des mains ont été menées dernièrement avec l'utilisation du caisson pédagogique (boîte à coucou). Mais le soufflé retombe vite et les équipes responsables ont à cœur d'insister sur le non-port de bijoux et de vernis. Le suivi systématique de ces indicateurs permet de relancer les équipes et de s'assurer de la sécurité de tous.

La nutrition est aussi au centre des analyses, car elle représente un plaisir pour le résident dont les journées sont ponctuées par les repas. Une attention particulière est accordée à la présentation des menus et à la qualité nutritionnelle. La diététicienne s'assure du suivi régulier des Mini Nutritional Assessments (MNA) et de la prise mensuelle des poids. Les Comités Menus permettent de répondre au mieux aux souhaits des résidents. En fonction de la région où la maison de repos et de soins se situe, les cultures culinaires peuvent varier.

La crise sanitaire a eu un impact évident sur la dynamique d'amélioration continue, les équipes étant

Grâce à la mesure et à l'analyse de cet indicateur, les institutions mettent en place diverses initiatives [...]

LE PÔLE SENIOR DU GROUPE JOLIMONT

Le Pôle Senior du Groupe Jolimont est composé de sept maisons de repos et de soins dont deux avec résidences-services. Ces maisons de repos et de soins sont actives dans le Brabant wallon et le Hainaut. Cela représente 729 lits, 70 logements résidences-services, 18 lits en court-séjour.



en souffrance. L'audit sur le suivi d'indicateurs que j'ai fait avec elles porte ses fruits et le fait de me restituer les données régulièrement permet **de réajuster, de mettre en place des plans d'actions et de faire émerger les besoins en formation**. La complétion de ce tableau leur donne aussi l'occasion de se remettre en question et d'entamer une réflexion. Si au début de la démarche ce n'était qu'un partage de tableau, à l'heure actuelle je constate que dans la plupart des cas, l'infirmière responsable porte un regard critique

sur les résultats.

Ma mission est d'accompagner les responsables dans l'analyse profonde des chiffres qui ne sont que les indicateurs d'une situation à un moment donné mais **au-delà de ces chiffres, des actions d'amélioration continue doivent être menées afin d'assurer une prise en soin de qualité aux résidents.**

Rédigé par :
Véronique Piéret, Coordinatrice Qualité-Organisation et Projets, Pôle Senior - Groupe Jolimont

LES INDICATEURS QUALITÉ AU SERVICE DES DÉMARCHES D'AMÉLIORATION CONTINUE DANS LES MR/MRS

En Wallonie, la réglementation relative à l'hébergement et à l'accueil des aînés précise des normes de qualité qui invitent les maisons de repos (et de soins) à enregistrer **des données portant sur des indicateurs de soins** tels que le nombre de cas d'escarres de décubitus, le nombre de chutes ou encore le nombre de personnes incontinentes. Il est demandé que ces enregistrements fassent l'objet d'une analyse permettant d'évaluer de manière systématique l'efficacité des soins administrés. Ces registres doivent être analysés régulièrement afin d'en extraire des indicateurs qualité, de définir les points forts mais aussi les points à améliorer et les lignes de conduite à définir. Cette utilisation d'indicateurs permet de suivre l'évolution de la qualité et l'investissement nécessaire sur chaque aspect des soins.



Cependant, force est de constater que leur utilisation sur le terrain est encore hésitante. La dernière édition du rapport bisannuel réalisé par la Direction des aînés de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) montre que les établissements prennent la mesure de l'importance de documenter les registres obligatoires et de faire un état des lieux des données sensibles mais ces données ne sont à ce jour pas encore systématiquement utilisées par les institutions pour améliorer la prise en charge des résidents et assurer de bonnes conditions de travail et de vie.

Depuis 2019, il est demandé aux établissements de s'impliquer dans une démarche qualité et d'amélioration continue des pratiques qui se traduit notamment dans le *Projet de vie*. Cette démarche qualité ne doit pas uniquement se baser sur les indicateurs obligatoires relatifs aux soins mais sur l'ensemble des services mis à disposition des résidents et des professionnels (comme l'ergonomie des espaces, la qualité de vie, la qualité au travail, etc.). Chaque directeur doit élaborer, tous les deux ans, un plan qualité qui fixe de trois à huit objectifs d'amélioration. La direction des aînés propose des visites d'accompagnement sur le terrain pour les établissements qui souhaitent être soutenus dans cette démarche.

La volonté de l'AViQ est que les établissements comprennent le sens de l'enregistrement des indicateurs pour la qualité de vie des résidents et le bien-être des membres du personnel. Or, pour que les indicateurs aient du sens, il est important que ceux-ci soient pertinents en regard des besoins spécifiques exprimés par les résidents et les équipes de terrain. Ce n'est qu'avec des indicateurs utiles, utilisés et utilisables que les équipes pourront s'en servir dans l'intérêt d'un cheminement qualitatif et d'une prise en charge globale du résident.

www.aviq.be

Rédigé par :
Marlène Mélon, Gestionnaire de projets en santé, action sociale et cohésion sociale, Département Bien-être et Santé, Direction des aînés - Agence pour une Vie de Qualité (AViQ)

UN PASSAGE À L'ACTE LORS D'UN TRANSPORT

L'HISTOIRE

Le 20 octobre à 20h30, Simon, un homme âgé de 43 ans, est admis au service des urgences suite à une tentative de suicide par surdosage médicamenteux et incision des deux poignets. Sa compagne précise qu'il est dépressif et anxieux depuis plusieurs années mais qu'il n'a jamais tenté de se suicider auparavant. Une sécurisation immédiate est mise en place et un moment est pris pour calmer le patient. Un examen physique est entrepris et des pansements compressifs

sont posés sur les deux poignets (compresses de gaze). Le patient semble moins agité mais se plaint de façon récurrente d'une forte douleur thoracique. En attendant l'évaluation psychologique, il est décidé de garder le patient au moins 24 heures sous surveillance. Un examen radiologique est demandé pour la douleur thoracique. À 22h, le brancardier conduit Simon au service d'imagerie. Simon demande à aller aux toilettes. Le brancardier, n'étant pas au courant de la situation du

patient, accepte et lui dit qu'il l'attend dehors. Quelques minutes plus tard, ne voyant pas Simon revenir, le brancardier s'inquiète. Il parvient à forcer la porte des toilettes et retrouve Simon en train d'essayer de se pendre au robinet du lavabo avec les bandages qu'il avait au niveau de ses poignets. Simon est immédiatement pris en charge. Heureusement, il ne présentera que quelques lacérations au niveau du cou. Le lendemain, il est transféré en unité psychiatrique.

L'ANALYSE

Le suicide et les tentatives de suicide sont un problème majeur pour la société et la santé publique. Après la Finlande, la Belgique est le deuxième pays avec le plus haut taux de suicide en Europe de l'Ouest, avec en moyenne six décès par jour et environ 2.000 décès par an imputés à cette problématique (Eurostat). De plus, on estime que les tentatives de suicide sont vingt fois plus élevées que les décès par suicide, ce qui représente annuellement plus de 40.000 personnes adoptant un comportement suicidaire (Centre de Prévention du Suicide, 2017). Les suicides en milieu hospitalier contribuent largement au taux de mortalité suicidaire avec plus de 5% (entre 5 et 6,5%) des suicides commis à l'hôpital ; de 3 à 5,5% survenant en hôpital psychiatrique et environ 2% en hôpital général (Martelli et al, 2010).

Chez les patients hospitalisés, certains **facteurs de risque** de passage à l'acte sont identiques à ceux de la population générale, d'autres sont spécifiques au milieu hospitalier.

Parmi les facteurs de risque identiques à la population générale, nous retrouvons l'existence d'une maladie mentale sévère en phase aiguë, des symptômes dépressifs, l'abus de substances, des difficultés relationnelles, des facteurs de stress psychosociaux (exemples : perte d'emploi, divorce, séparation, etc.), certaines maladies chroniques, des douleurs chroniques et un potentiel antécédent récent de tentative de suicide ayant conduit à l'hospitalisation (De Santis et al, 2015 ; Jayarem, 2014). Dans l'évènement indésirable ci-dessus, le patient présentait plusieurs facteurs de risque, notamment des troubles affectifs, des symptômes dépressifs et une tentative de suicide récente.

De nombreux auteurs estiment que le risque suicidaire en milieu hospitalier est fortement déterminé par la qualité de la prise en charge et ils dressent une liste des facteurs de risque relatifs à ce domaine (Martelli et al, 2010). Ces facteurs sont :

- l'existence de **moyens suicidaires facilement accessibles** ;
- une **surveillance inadéquate** ;
- la **sous-estimation du risque suicidaire** ;
- l'insuffisance de **communication entre professionnels** (cliniques et non cliniques).

La surveillance du patient suicidaire durant toute sa présence au sein du service des urgences constitue une priorité absolue. L'ensemble du personnel doit être sensibilisé et formé aux modalités de surveillance de ces patients. Dans l'histoire de Simon, la surveillance du patient n'était pas claire. Le constat est que le patient a été autorisé à utiliser les toilettes seul et qu'il y a refait une tentative de suicide. Il est essentiel d'**élaborer un protocole de surveillance pour tout patient suicidaire et de former le personnel** (clinique et non clinique) à son utilisation. Selon le risque, ces mesures de surveillance peuvent inclure une augmentation du contrôle et de la surveillance (exemple : surveillance spécialisée par des infirmiers psychiatriques), des contacts visuels plus fréquents et, dans les cas plus extrêmes, une mise en chambre sécurisée et une adaptation du traitement médicamenteux (sédation, anxiolyse).

Un deuxième problème qui peut être soulevé dans cet évènement indésirable est le manque de **communication entre les professionnels**. Malgré le risque de suicide identifié par l'équipe des urgences, l'information ne semble pas avoir été transmise au brancardier. En effet, la perte d'informations lors des transferts/points de transition semble être l'une des causes principales des tentatives de suicide en milieu hospitalier (Mills et al, 2017).

Il est également essentiel de **sécuriser l'environnement hospitalier** afin de réduire au maximum la dangerosité et l'accès à des moyens susceptibles de réaliser un passage à l'acte. Dans le service, et plus particulièrement dans les lieux accessibles aux patients, les points d'ancrages en hauteur (exemples : douches, crochets, patères, radiateurs, télévisions, sonnettes d'appel, etc.) doivent être éliminés. En cas contraire, ils doivent céder sous le poids d'une personne. Les fenêtres doivent être étroites, en verre sécuritaire (incassable) et l'ouverture de celles-ci doit être limitée (exemple : fermeture sécurisée). Les toilettes doivent également être accessibles par les soignants. En effet, plusieurs études montrent que la pendaison est une des méthodes les plus utilisées par les patients hospitalisés (Ruff et al, 2018 ; Mills et al, 2013 ; Williams et al, 2018) et que les zones privées, notamment la salle de bains et la chambre du patient, sont celles où le passage à l'acte est fréquent (Mills et al, 2010). Des check-lists ont été développées et peuvent être utilisées pour évaluer, de façon régulière (exemple : tous les six mois), les facteurs de risque environnementaux (Watts et al, 2017).

Références

- Centre de prévention du suicide, LE SUICIDE UN PROBLEME MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE Introduction à la problématique du suicide en Belgique Chiffres de 2014. Bruxelles, Belgique: Centre de prévention du suicide; 2017.
- De Santis ML, Myrick H, Lamis DA, Pelic CP, Rhue C, York J. Suicide-specific safety in the inpatient psychiatric unit. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;36:190-199.
- Jayaram G. Inpatient suicide prevention: promoting a culture and system of safety over 30 years of practice. *J Psychiatr Pract.* 2014;20:392-404.
- Martelli C, Awad H, Hardy P. Le suicide dans les établissements de santé: données épidémiologiques et prévention. *Encephale.* 2010;36 Suppl 2:D83-91.
- Mills PD, Watts BV, Hemphill RR. Suicide and suicide attempts on hospital grounds can clinic areas. *J Patient Saf.* 2017.
- Mills PD, King LA, Watts BV, Hemphill RR. Inpatient suicide on mental health units in Veterans Affairs (VA) hospitals: avoiding environmental hazards. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013;35:528-536.
- Mills PD, Watts BV, Miller S, et al. A checklist to identify inpatient suicide hazards in Veterans Affairs Hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2010;36:87-93.
- Ruff F, Hemmer A, Bartsch C, Glasow N, Reisch T. Suicides of psychiatric inpatients - a systematic recording in Switzerland of the years 2000 to 2010. *Psychiatr Prax* 2018;45:307-13.
- Williams SC, Schmaltz SP, Castro GM, Baker DW. Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2018;44(11):643-650.
- Watts BV, Shiner B, Young-Xu Y, Mills PD. Sustained effectiveness of the mental health environment of care checklist to decrease inpatient suicide. *Psychiatr Serv.* 2017;68:405-407.

LE PROBLÈME AVEC LES CINQ INDICATIONS DE L'HYGIÈNE DES MAINS DE L'OMS

En 2009, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié les *Cinq indications de l'hygiène des mains* (CIHM), qui constituent aujourd'hui l'approche de référence au niveau mondial pour la mise en œuvre de stratégies et de recherches en matière d'hygiène des mains (HM). Ces indications se rapportent aux moments considérés critiques lors d'une séquence de soins où il est recommandé de pratiquer l'HM. Elles décomposent l'environnement dans lequel un patient reçoit des soins en deux zones géographiques virtuelles : la *zone patient* et l'*environnement de soins*.

Un groupe de chercheurs anglais a identifié cinq problèmes liés aux CIHM :

1. Lorsque ces indications ont été développées, le point de vue des professionnels n'a pas été pris en compte. De plus, elles ont été publiées il y a plus de 10 ans ce qui les rend quelque peu désuètes face à l'apparition de nouvelles approches qui ont été, entretemps, adoptées dans le domaine des soins de santé.
2. Ces indications ne sont pas adaptables à tous les patients et à tous les moments de leur prise en charge. Les besoins des patients et les contextes de prise en charge divergent largement.
3. La zone du patient n'est pas une entité fixe. Considérer tous les locaux en dehors de la zone du patient (l'environnement de soins) comme étant une zone unique et homogène ne prend pas en compte la complexité d'un système de soins.

4. Les indications ignorent les obstacles qui diminuent l'adhésion des professionnels à l'HM. Les CIHM partent du principe que la décision de pratiquer l'HM est toujours sous le contrôle du professionnel et ignorent un certain nombre de facteurs liés au contexte de travail (charge de travail, interruptions, etc.), qui non seulement représentent un obstacle à l'HM mais rendent également difficile l'identification du moment exact où pratiquer l'HM.
5. Le respect des CIHM ne protège pas le patient de tous les risques liés à la transmission d'infections.

Pour les auteurs, ces problèmes ont un impact sur la façon dont les institutions de soins mettent en œuvre les pratiques liées à l'HM ainsi que sur l'évaluation de l'adhésion à celles-ci. Face à ces différentes problématiques les auteurs proposent quatre solutions d'amélioration :

- La première solution est de mettre à jour les CIHM en les adaptant à la réalité d'aujourd'hui et en prenant compte du point de vue des professionnels/utilisateurs des services de soins.
- La deuxième solution est de promouvoir l'HM dans tous types d'établissements de soins et auprès des personnes qui accèdent à ces établissements.
- La troisième solution est d'améliorer l'HM aux points de contacts directs avec le patient. Les nouveaux programmes d'HM basés sur des modèles de transmission stochastiques pourraient compenser

certaines limitations des CIHM. En effet, des simulations informatiques ont démontré que les contacts individuels représentent un faible risque de transmission. C'est plutôt la fréquence cumulée des contacts qui augmente successivement le risque. Ce risque cumulatif pourrait être surmonté en définissant des moments d'antisepsie complète (exemples : au début et à la fin des quarts de travail ou à des intervalles prédéterminés tout au long de la journée) permettant de compenser les moments où l'HM n'a pas été réalisée ou réalisée de façon superficielle.

- La quatrième solution est de réduire la charge microbienne de l'environnement afin de réduire le risque de transmission dans la zone du patient (exemple : augmenter la fréquence de désinfection des zones cliniques et non cliniques, en particulier les surfaces fréquemment touchées).

Les auteurs concluent que l'épidémie de la COVID-19 a montré l'importance d'investir dans la prévention des infections liées aux soins et la nécessité de combiner plusieurs types de stratégies (innovantes) pour réduire les risques de transmission. Les CIHM ont aidé les professionnels de soins à identifier les points critiques où l'HM doit avoir lieu. Il est maintenant nécessaire de les mettre à jour afin de répondre aux besoins et aux défis actuels tout en tenant compte des nouvelles technologies disponibles.

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

Pour en savoir plus : Gould D, Pursell E, Jeanes A, Drey N, Chudleigh J, McKnight J. The problem with 'My Five Moments for Hand Hygiene'. *BMJ Qual Saf.* 2021;bmjqs-2020-011911.

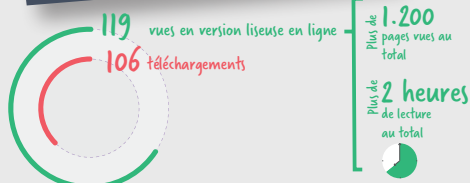
Pour plus d'articles, rendez-vous sur paqs.be/Ressources/Revue-de-la-litterature

IMPACT



all teach,
all learn

Magazine #18 de la PAQS
juin 2021



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