

all teach,
all learn*

* inspired by IHI

9

CHANGER ET AMÉLIORER LE SYSTÈME, TEL EST NOTRE OBJECTIF.

Page 4

Le lean selon Wemanity

Page 2

La qualité vue par Philippe Leman, Gaetana Butera et Didier Blésin - Pourquoi se former à l'amélioration continue

Page 3

Un processus d'accueil amélioré en maison de repos et de soins

Page 8

Est-ce possible chez vous ?

Page 10

Veille documentaire

Page 12



PAQS
ASBL



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 :
Didier Blésin, Gaetana Butera, Cécile Fonder, Bénédicte Henrot, Denis Herbaux, Philippe Leman, Michaël Scorza, 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



LE LEAN SELON WEMANITY

Michaël Scorza nous explique ce qu'est le lean au travers de son expérience et comment cette méthode peut être utilisée au sein d'une société.

C'EST QUOI LE LEAN ?

Le lean est une méthodologie de production et de gestion formalisée dans les années 90 et basée essentiellement sur les concepts du *Toyota Way* et du *Toyota Production System* (TPS). Ce sont respectivement, le système de valeurs de l'entreprise et les méthodes de production qui en découlent qui permettent à toutes les personnes impliquées, de travailler avec la **même philosophie** afin d'aller dans une direction commune en améliorant de façon continue leur travail.

Les valeurs du *Toyota Way*, telles que l'atteinte d'objectifs à long terme, le développement des employés en amenant de la valeur à la société où les bons résultats sont produits par les bons processus, sont centrées sur l'individu et son développement. Ces valeurs sont mises en pratique à l'aide d'outils (Kaizen, 5S, flux tendu...) formant la base du TPS/lean.

COMMENT AVEZ-VOUS APPRIS LE LEAN ?

Durant six ans, j'ai été responsable de fournisseurs produisant des pièces pour l'automobile. Mon travail était de m'assurer que les fournisseurs suivent d'une manière rigoureuse le plan de pré-production établi. Dans cette optique, ma mission était de les aider à atteindre les objectifs de production mais également ceux liés à la gestion de projets à l'aide des outils lean.

J'ai été formé par les experts Toyota avec l'aide desquels j'améliorais les processus de fabrication des fournisseurs afin d'atteindre les objectifs fixés. Le principe central était une formation pratique impliquant tous les niveaux hiérarchiques en **menant les équipes par l'exemple** (*lead by example*).

COMMENT LE LEAN S'INSCRIT-IL DANS LA CULTURE DE WEMANITY ?

La culture de Wemanity s'articule autour de plusieurs valeurs, parmi lesquelles

l'**amélioration continue** et la **coopération**. Les principes de base du lean sont donc incorporés dans la stratégie de l'entreprise. En pratique, cela se traduit par une gestion quotidienne des projets et des équipes en suivant les principes et la méthodologie lean. L'organisation interne propre, basée sur l'organisation en équipes autonomes, est elle-même entièrement calquée sur le lean avec les prises de décisions par les équipes concernées et centrées sur l'individu au sein du groupe. En bref, les équipes de Wemanity vivent lean, afin de **développer les processus les plus efficaces** possibles et ainsi **maximiser la création de valeur** pour leurs coopérateurs et clients.

QUEL EST VOTRE PARCOURS ?

Je m'appelle Michaël, je suis ingénieur en mécanique et depuis toujours, je suis passionné par l'automobile. En 2012, j'ai intégré l'équipe d'ingénieurs responsables de la gestion des fournisseurs de Toyota Europe. Nous nous assurons du suivi des projets mais aussi d'enseigner aux fournisseurs la méthodologie lean afin de l'appliquer au sein de leurs sites de production.

Après six ans, il était temps de prendre un nouvel envol et de développer mes compétences dans de nouveaux domaines. J'ai donc décidé de me diriger vers une carrière de coaching au sein d'une jeune société pleine de promesses ayant une culture et un système de valeurs en lien avec mes croyances : Wemanity.

POURQUOI WEMANITY ?

Outre les valeurs lean, la culture de Wemanity tourne également autour d'une valeur fondamentale : le fun. Pour moi, il était important de rejoindre un environnement qui alliait professionnalisme, esprit d'équipe, et détente. Anecdote peu banale : j'ai été recruté lors d'un Afterwork ! C'est cette volonté de faire les choses différemment, de joindre l'utile à l'agréable, et de chercher à créer une vraie communauté, qui m'a séduit chez Wemanity.

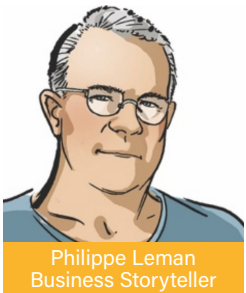
Wemanity est le leader européen de la transformation Agile des entreprises. Dans un monde qui évolue à un rythme accéléré, Wemanity change radicalement l'approche classique du conseil en utilisant la coopération comme condition préalable à l'innovation et au succès des entreprises. Il est présent dans cinq pays européens (Belgique, France, Luxembourg, Pays-Bas, Royaume-Uni) avec plus de 500 collaborateurs. En 2018, son chiffre d'affaire était de 48M€. www.wemanity.com

Rédigé par : Michaël Scorza, Coach lean - Wemanity

PHILIPPE LEMAN, GAETANA BUTERA ET DIDIER BLÉSIN POURQUOI SE FORMER À L'AMÉLIORATION CONTINUE

Catherine (nom d'emprunt), cadre infirmier à la Clinique Saint-Jean, me pose un jour la question suivante : *Philippe, je suis convaincue de l'importance de l'amélioration continue et de la nécessité pour chacun(e) de s'y former. Mais lorsque mes infirmières et infirmiers chef me demandent pourquoi y consacrer ce temps et cette énergie plutôt qu'aux patients, je ne sais quoi leur répondre. Que leur dirais-tu ?*

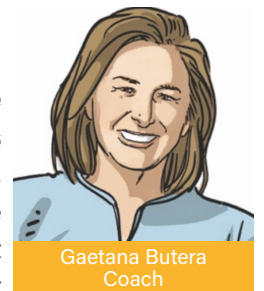
Catherine, lui dis-je, les questions de tes collègues sont légitimes et bienvenues. Disons, d'entrée de jeu, que le terme formation recouvre divers types d'apprentissages. J'étais ce jour-là accompagné de deux collègues, Gaetana (coach) et Didier (formateur), ce qui nous a permis de lui donner une réponse collégiale.



Philippe Leman
Business Storyteller

L'idée même d'**amélioration continue** indique bien qu'il s'agit d'arriver à un état d'esprit constamment à la recherche de « comment faire mieux ? ». Cela s'apprend. Tu me demanderas certainement, Catherine, comment faire ? Et pour cela, nous devons tout d'abord **donner du sens** à cette démarche en répondant à ces deux questions « pourquoi l'amélioration continue ? » et « en quoi cela me concerne-t-il, moi ? ». Par exemple, en présentant les notions de clients/fournisseurs internes et externes, on s'attachera à répondre à la question « Pourquoi est-il important de travailler sur les chaînes de valeurs ? ». À propos de la mise en autonomie des équipes, « En quoi la délégation responsable contribue-t-elle au bien-être et à la qualité des soins offerts aux patients et des services offerts à mes collègues ? ». Ces réponses apportées, Catherine et ses collègues peuvent se mettre en marche... et rejoindre Gaetana.

Bonjour Catherine, amorce Gaetana, tout sourire, *Parlez-moi de la façon dont vos collègues coopèrent.* L'amélioration continue concentrée autour de nos processus de travail est une démarche qui privilégie la **transversalité au sein des équipes** et nécessite dès lors une **amélioration de la capacité à coopérer**. Le coach vise l'engagement et l'autonomie. Pour cela, il concentre son attention sur les modalités de fonctionnement et la capacité à collaborer des membres de l'équipe face à un défi. L'équipe devra relever le défi d'optimiser ses interactions, d'être capable de décider et de mettre en œuvre « ensemble » de nouveaux processus. Il s'agit de créer les conditions de confiance et d'engagement pour assurer le déploiement des services. Ce travail permet également de voir émerger d'autres talents en termes de capacité au changement et à l'innovation, conclut Gaetana en passant la main à Didier.



Gaetana Butera
Coach



Didier Blésin
Trainer

Tu le sais, Catherine, dit Didier, *la plupart des gens savent ce qu'il faut faire, ... mais ne le font pas.* C'est comme les bonnes résolutions de début d'année. Pourquoi ? À cause de la force des habitudes et du bonheur d'agir au sein de notre zone de confort. **La formation consiste d'abord à désapprendre !** Ce n'est pas acquérir une nouvelle habitude qui est difficile, c'est se débarrasser des anciennes. Acquérir de nouvelles compétences nécessite de se débarrasser de ce qui nous empêche de les utiliser au quotidien. C'est là qu'un formateur-challenger peut nous aider à augmenter notre zone de confort par des exercices ciblés qui nous permettront de réaliser de petites victoires et d'avoir envie d'aller plus loin. Mais une journée de formation ne sert à rien si elle n'est pas suivie d'un ancrage comme dans les formations en classes inversées où c'est le participant qui apprend en faisant, en découvrant.

Tu vois, Catherine. lui ai-je dit lorsque Didier eut terminé, *La formation à l'amélioration continue est à la fois nécessaire et multiple. La conscientisation (par le storytelling, par exemple) s'adresse à « ceux qui ne savent pas qu'ils ne savent pas » ; le coaching vise à éveiller « ceux qui ne savent pas qu'ils savent » et la formation instruit « ceux qui savent qu'ils ne savent pas ».* C'est bien cette approche diversifiée et intégrée qui permet d'identifier et de construire une finalité commune, un état d'esprit partagé, une communauté unie, un référentiel et des outils communs. Et tout cela pour mieux servir et nos collègues, et nos patients et les familles de ces derniers.

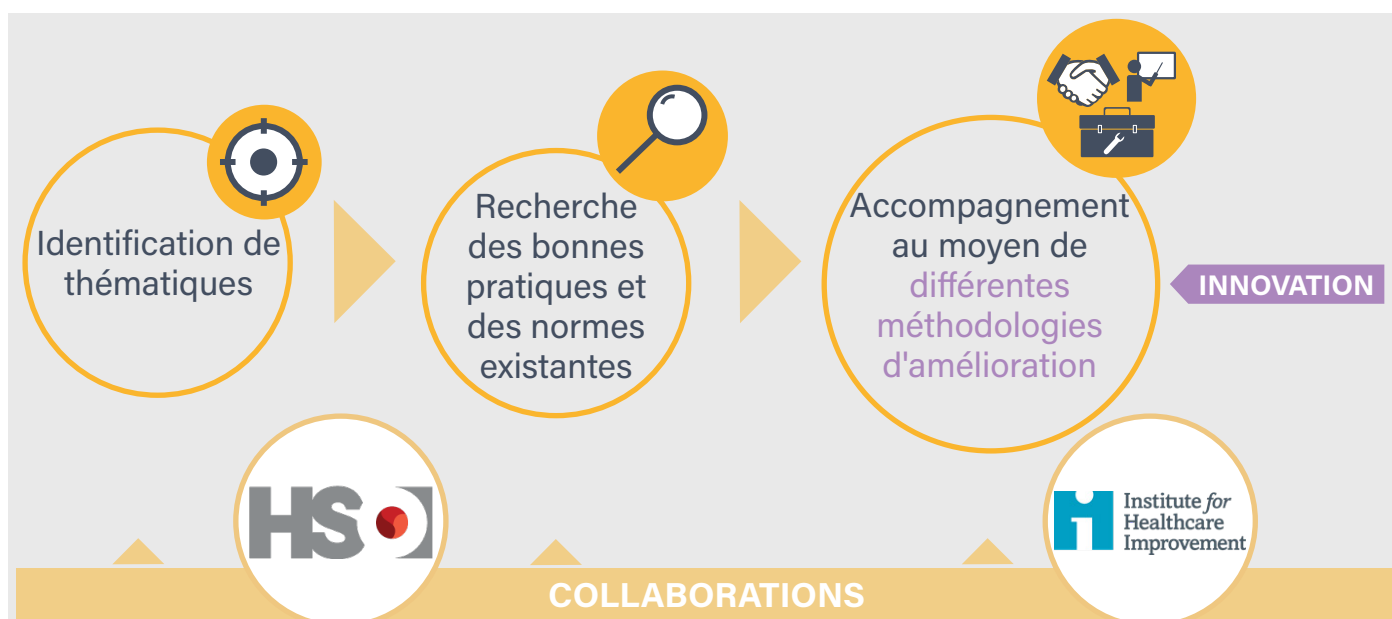
COMBINER DES MÉTHODOLOGIES D'AMÉLIORATION INNOVANTES AVEC DES NORMES RECONNUES ET ACCEPTÉES POUR IMPACTER DURABLEMENT NOS SOINS DE SANTÉ

Le 8 novembre 2018, **Robert Lloyd**, Vice-Président à l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), écrivait un article¹ intitulé *Est-ce que la standardisation signifie la fin de l'autonomie ?* Dans celui-ci, il revient sur les inquiétudes que le corps médical, ou au moins une partie de celui-ci, a toujours exprimé sur la standardisation qui est souvent ressentie comme une perte d'autonomie par les médecins. Il cite par ailleurs le Dr **Don Berwick**, ancien Président de l'IHI et figure de proue de l'amélioration de la qualité des soins, qui expliquait en 2016 dans un article² paru dans JAMA que nous entrons progressivement dans une nouvelle ère de la médecine et des systèmes de santé, ère qui s'articulera autour d'une vision systémique, de la science de l'amélioration et de la qualité, de l'implication des patients ou encore de la transparence. **Robert Lloyd** termine en soulignant que la clé est de réussir à faire comprendre que la standardisation vise, d'abord et avant tout, à éviter les variations excessives et non voulues dans les soins prodigués à différents groupes de patients. En sous-entendant que ces variations peuvent, dans certains cas, nuire à la qualité des soins et faire courir des risques inutiles aux patients.

À travers cet article, l'auteur approche, probablement sans le savoir, la philosophie du travail que nous menons à la PAQS depuis cinq ans. En effet, c'est dans un contexte d'interrogation sur l'accréditation que l'asbl a vu le jour, pour pouvoir informer, sensibiliser et former les institutions de soins bruxelloises et wallonnes et les professionnels de la santé sur le sujet. Nos activités portaient donc sur un outil, l'accréditation, qui repose précisément sur des normes et une certaine standardisation dans la prise en charge des patients pour améliorer le système. Au fil du temps et des projets, nos actions se sont éloignées de l'outil accréditation en tant que tel, pour se concentrer sur la problématique principale qui justifie son existence, la **sécurité des patients, et les risques que ceux-ci courent en utilisant les systèmes de santé**. Changer et améliorer le système, tel est notre objectif. Et ce en recourant à des méthodologies innovantes d'amélioration, pour stimuler la mise en œuvre de changements et la pérennisation des démarches, et en se basant sur des évidences. Ainsi, après avoir identifié une thématique sur laquelle il semble nécessaire de travailler, nous recherchons les bonnes pratiques et les normes existantes sur le sujet. Nous accompagnons ensuite les institutions dans leur mise en œuvre au moyen de différentes méthodologies d'amélioration, idéalement innovantes pour bousculer les habitudes et tenter d'approcher les choses d'une autre façon.

Changer et améliorer le système, tel est notre objectif.

Il serait évidemment mal venu de nous revendiquer la paternité de cette manière de faire. Beaucoup l'ont fait avant nous. D'autres le feront après. Notre ambition n'est, dans le fond,



que de tenter de faire de cette approche la règle pour toute **action**, tout **projet**, toute **ambition** d'amélioration de notre système de santé. Un sacré défi !

Cette méthodologie se reflète, évidemment, dans les **collaborations** que nous développons depuis le lancement de la PAQS, et en particulier avec deux organisations. L'IHI (Institute for Healthcare Improvement) cité en début d'article, référence internationale dans la science de l'amélioration, qui constitue une véritable source d'inspiration pour nous en termes de méthodologies et d'outils, et avec lequel nous finalisons un partenariat spécifique qui nous permettra de mettre à disposition des professionnels de la santé en Belgique des ressources très utiles. Et Health Standards Organization (HSO) qui dispose d'une expertise mondialement reconnue en développement de normes, et de méthodologies d'évaluation, d'outils et de formations en lien avec celles-ci. Bien que relativement jeune, HSO s'est développée sur les fondations construites par Accreditation Canada depuis 50 ans. Avec elle, nous développons différents projets liés aux normes, aux pratiques exemplaires, ou encore à la formation des professionnels de la santé.

Combiner évidences et méthodologies innovantes. Un cocktail avec lequel nous espérons soutenir efficacement les démarches d'amélioration entreprises dans les institutions et qui débouchera, nous en sommes convaincus, sur un changement profond de notre système. En conservant à l'esprit la règle d'application à Intermountain Healthcare : **il faut toujours suivre la norme, sauf si elle n'est pas pertinente.** Dans ce cas, il faut y déroger, mais toujours en le documentant. Ce qui fournira alors de nouvelles évidences sur lesquelles se baser. Et c'est là le plus important : **ce sont évidemment les professionnels de terrain qui sont le plus à même d'identifier les pratiques à mettre en œuvre pour garantir des soins de haute fiabilité.** Nous ne sommes, à la PAQS, que des facilitateurs. Et nous n'avons pas l'intention de jouer un autre rôle.



¹ <http://www.ihl.org/communities/blogs/does-standardization-mean-the-end-of-autonomy>
² Berwick DM. Era 3 for Medicine and Health Care. JAMA. 2016;315(13):1329-1330.

LEAN VOLGENS WEMANITY

Michaël Scorza, Lean-coach bij Wemanity, legt aan de hand van zijn ervaringen uit wat Lean precies inhoudt. Lean is een productie- en beheersmethodologie die in de jaren 90 werd geformaliseerd en die gebaseerd is op de inzichten van de Toyota Way en het Toyota Production System (TPS). Bedrijven die deze methodologie toepassen, bezitten waarden dat hen ertoe brengt hun werkwijzen voortdurend te verbeteren en zich in dezelfde richting te ontwikkelen. Hierbij kunnen zij gebruik maken van uiteenlopende tools en basisprincipes (bv.: 'Kaizen', '5S', 'just in time', 'lead by example'). Wemanity gebruikt Lean voor het beheer van zijn projecten en zijn interne organisatie. De teams van Wemanity volgen de Lean-filosofie om de meest efficiënte processen te ontwikkelen en op die manier zoveel mogelijk waarde te scheppen voor hun klanten en partners.

KWALITEIT VOLGENS PHILIPPE LEMAN, GAETANA BUTERA EN DIDIER BLÉSIN – WAAROM IS OPLEIDING IN CONTINUE VERBETERING EEN GOED IDEE?

De auteurs leggen uit dat opleiding in continue verbetering absoluut noodzakelijk is en meerdere facetten bevat. Sensibilisering is één van die facetten. Om zin te geven aan het proces van continue verbetering moeten we de volgende twee vragen beantwoorden: "waarom continue verbetering?" en "wat betekent dat voor mij?". De opleiding moet niet alleen het transversale karakter van de continue verbetering weerspiegelen maar er ook op inspelen. Samenwerken met de andere leden van uw team, uw interacties optimaliseren, beslissingen kunnen nemen: het zijn stuk voor stuk vaardigheden die u zich eigen moet maken. Om te verbeteren moet u niet alleen leren, maar ook afleren. Voordat we nieuwe vaardigheden kunnen opdoen, moeten we ons immers eerst ontdoen van al wat ons ervan weerhoudt om die nieuwe vaardigheden in ons dagelijks leven toe te passen.

EEN COMBINATIE VAN INNOVERENDE VERBETERINGSMETHODOLOGIEËN EN ERKENDE EN AANVAARDE NORMEN DIE ONZE GEZONDHEIDSZORG DUURZAAM KAN BEÏNVLOEDEN

Het PAQS ondersteunt de ontwikkeling en uitvoering van initiatieven tot continue verbetering in de Brusselse en Waalse zorginstellingen. Hiervoor gebruikt het innoverende verbeteringsmethodologieën die, aan de hand van goede praktijken en normen, de implementatie van veranderingen en het borgen van processen stimuleren. De rol van standaardisering werd onlangs nog eens onderstreept in een artikel van Robert Lloyd, ondervoorzitter van het Institute for Healthcare Improvement (IHI), gepubliceerd op de blog van het instituut. In dat artikel verwees hij naar een artikel van Don Berwick over het nieuwe tijdperk dat onze gezondheidssystemen momenteel ingaan. Via onze samenwerking met de Health Standards Organization (HSO) en het IHI hopen wij de aanpak om evidence-based en innoverende methodologieën te combineren, tot regel te maken in alle maatregelen, projecten en initiatieven om ons gezondheidssysteem te verbeteren, met het oog op een radicale verandering van dat systeem.

BETER ONTHAALPROCES IN EEN WOONZORGCENTRUM

In het kader van het ondersteuningsproject van het PAQS om woonzorgcentra te helpen de bewoners meer te betrekken bij de verbetering van het onthaalproces, beschrijft het Home Saint-Joseph in Couvin hoe het veranderteam het project heeft uitgevoerd. Teneinde het onthaal van nieuwe bewoners menselijker en vriendelijker te maken en beter op de individuele personen af te stemmen, zijn in overleg met de teams en de bewoners drie verbeteracties uitgewerkt: invoering van een opnameprocedure met dubbele envelop, ontwikkeling en gebruik van een checklist voor de voorbereiding van de kamer en planning van een opvang- en onthaalmoment in de late voormiddag (11 uur), waarvoor vooraf een personeelslid wordt aangewezen. Op die manier heeft de instelling haar streefdoel van 90% bereikt, en dat zowel in administratief als menselijk opzicht.

OPERATIE AAN DE VERKEERDE LICHAAMSKANT

De 38-jarige Antoine gaat naar de spoedhulpdienst vanwege een zware pijn in zijn rechterknie. Uit onderzoek blijkt dat de voorste kruisband van zijn rechterknie gescheurd is. Er wordt een operatie gepland voor een maand daarna. Op 12 oktober wordt Antoine opgenomen op de dienst intensieve zorgen, want op de operatieafdeling is geen bed beschikbaar. Hij wordt door het verplegingsteam van de dienst intensieve zorgen voorbereid en naar het operatiekwartier gebracht. In het operatiekwartier verloopt de operatie zonder incidenten. Na afloop van de operatie stelt de chirurg evenwel vast dat hij de patiënt aan de linkerknie heeft geopereerd in plaats van de rechter. Met behulp van een ALARM-analyse kunnen de oorzaken hiervoor en de problemen worden geïdentificeerd, in alle aspecten van de organisatie (uit te voeren taken, teamwerk, organisatie van het patiëntendossier, tekort/gbrek aan protocollen en procedures).

ALS GEVOLG VAN DEMOGRAFISCHE VERANDERINGEN MOETEN DE KWALITEITS- EN VEILIGHEIDSMODELLEN VOLLEDIG WORDEN AANGEPAST

Gezondheidsorganisaties worden al jarenlang geconfronteerd met grootschalige evoluties en transformaties. De bevolking vergrijsd en ontwikkelt chronische aandoeningen. Hierdoor zien de gezondheidssystemen zich ertoe gedwongen de organisatie van de zorgverlening en de modellen voor de behandeling van patiënten om te gooien. Maar vergrijzing van de bevolking is niet het enige probleem. Nieuwe technologieën, vooruitgang op het gebied van genetisch materiaal, op de individuele patiënt afgestemde preventieve geneeskunde en tal van andere wetenschappelijke vorderingen zetten de gezondheidssystemen almaar verder onder druk. De traditionele opzet van onze gezondheidssystemen (in de eerste plaats gericht op de behandeling van acute ziekten) past niet langer in deze nieuwe realiteit. Als we alle burgers gelijke toegang willen verschaffen tot alle gezondheidsdiensten, zullen we grootschalige veranderingen moeten doorvoeren. Die veranderingen zullen gevolgen hebben voor de kwaliteits- en veiligheidsmodellen zoals wij die nu kennen. Vier wereldberoemde specialisten op dit vakgebied hebben twee discussieartikelen geschreven over de hervorming van het kwaliteits- en veiligheidsmodel in de gezondheidszorg, in naam van de International Society for Quality in Health Care (ISQua).

THE LEAN APPROACH AT WEMANITY

Michaël Scorza, a Lean Coach at Wemanity, draws on his experience to explain what the Lean approach is all about. 'Lean' is a production and management methodology established in the 1990s that is based essentially on the precepts of the Toyota Way and the Toyota Production System (TPS). Companies adopting this methodology operate on the basis of a value system in which everybody involved works according to the same philosophy, allowing them to move in the same direction by continuously improving their way of working. Various tools and principles can be applied, such as Kaizen, 5S, 'just in time' and 'lead by example'. Wemanity uses Lean for its project management and internal organisational model. Wemanity's teams operate based on the Lean methodology, meaning that they can develop the most efficient processes possible and therefore maximise value creation for their customers and business associates.

QUALITY AS SEEN BY PHILIPPE LEMAN, GAETANA BUTERA AND DIDIER BLÉSIN – WHY UNDERTAKE CONTINUOUS IMPROVEMENT TRAINING?

The authors explain that continuous improvement training is both necessary and multidimensional. One of the elements of this learning is awareness raising. To shape the continuous improvement process, we need to answer two questions: "why bother with continuous improvement?" and "how does it affect me?". The training aims to evoke and respond to the interdisciplinary character of continuous improvement. The ability to cooperate effectively with other team members, to optimise interactions and to make decisions are just some of the skills to take on board. To improve, we also have to learn how to unlearn. Acquiring new skills involves freeing ourselves of habits that prevent us from applying those skills on a day-to-day basis.

COMBINING INNOVATIVE IMPROVEMENT METHODOLOGIES WITH RECOGNISED AND ACCEPTED STANDARDS TO DELIVER A LASTING IMPACT ON OUR HEALTHCARE

PAQS supports the development and implementation of continuous improvement initiatives in Brussels and Walloon healthcare institutions. It does this by using innovative improvement methodologies to promote the implementation of changes and the sustainability of processes, drawing on best practices and standards. The role of standardisation was recently underscored in an article by Robert Lloyd, Vice President of the Institute for Healthcare Improvement (IHI), on the institute's blog. In it, he referred to an article by Don Berwick describing the new era that our health systems are embarking on. Through our collaboration with the Health Standards Organisation (HSO) and IHI, we hope that the approach of combining evidence-based and innovative methodologies will become the rule for all actions, projects and initiatives aimed at improving our healthcare system, with a view to radically changing that system.

AN IMPROVED PROCESS FOR WELCOMING NEW RESIDENTS IN A NURSING HOME

As part of the improvement programme of PAQS for nursing homes "Improve the welcome process with resident participation", the Saint-Joseph nursing home in Couvin describes how the change team implemented the project. To meet the goals of bringing more humanity into the process of welcoming new residents and giving them a friendlier, more personalised welcome, three improvement measures were designed and discussed with the teams and residents: implementing a two-envelope system for the admission procedure; creating and using a room preparation checklist; and scheduling a late morning slot (11 a.m.) when a staff member (designated in advance) welcomes the new resident and runs through the admission process. This enabled the institution to achieve its 90% target at both the administrative and interpersonal levels.

WRONG-SIDE SURGERY

Antoine, aged 38, turned up at the emergency department complaining of severe pain in his right knee. Examinations revealed a tear in the anterior cruciate ligament of this knee. An operation was scheduled for a month later. Early on 12 October, Antoine was admitted to the intensive care unit due to a lack of available beds on the surgery inpatient ward. He was prepared for his operation and taken to the OR by the intensive care team. In the operating theatre, the surgery takes place without incident. However, at the end of the procedure, the surgeon realises he operated on the patient's left rather than his right knee. An ALARM analysis is a way of identifying the problems and causes throughout an organisation (tasks to be performed, teamwork, organisation of patient records, lack/absence of protocols and procedures).

DEMOGRAPHIC SHIFTS REQUIRE AN IN-DEPTH REVIEW OF QUALITY AND SAFETY MODELS

For a number of years now, healthcare organisations have been facing major changes and transformations. An ageing population with more chronic conditions is forcing healthcare systems to rethink the organisation of treatment as well as patient care models. However, population ageing is not the only problem. New technologies, progress in genetics, personalised preventive medicine and other scientific advances are also putting increased pressure on healthcare systems. The traditional design of such systems, geared towards treating acute illnesses, will no longer be suited to this new emerging reality. Major transformations are needed to ensure that we can continue providing everybody with fair access to all healthcare services. These changes will have an impact on quality and safety models as we know them today. Two articles discussing the reform of the quality and safety model in healthcare have been written by four global experts in this field, on behalf of the International Society for Quality in Health Care (ISQua).

UN PROCESSUS D'ACCUEIL AMÉLIORÉ EN MAISON DE REPOS ET DE SOINS

Comment mener un projet d'amélioration continue en impliquant les résidents ? C'est le défi que le home Saint-Joseph de Couvin a relevé en participant au projet mené par la PAQS à destination du secteur des aînés. Cécile Fonder, Directrice du home et Bénédicte Henrot, Coordinatrice qualité, nous partagent leur expérience. Elles reviennent sur le contexte de leur démarche, les actions mises en place ainsi que leurs résultats.

Avec une envie de toujours être au plus proche de nos résidents, nous avons posé notre candidature afin d'adhérer au projet collaboratif d'amélioration de la qualité proposé par la PAQS. Notre candidature a été retenue et, début 2018, nous nous lançons donc dans ce projet dont la thématique à développer, et co-décidée avec les treize autres institutions participantes, est *L'implication du résident dans l'amélioration du processus d'accueil*. La PAQS assure le soutien externe au projet.

IMPLÉMENTATION AU SEIN DE L'INSTITUTION

L'engagement institutionnel dans ce projet se traduit par une implication de ressources humaines et par l'invitation à nos résidents (nouveau pour nous !) à s'impliquer au sein du groupe de travail. Ils en sont informés par le biais du conseil des résidents.

Nous proposons une première réunion à notre personnel

afin d'expliquer le projet et de constituer une **équipe de changement**. Celle-ci est en charge de l'implémentation et du suivi de l'amélioration sur le terrain, elle est également responsable d'informer les collègues, les résidents et les familles du projet et de l'évolution de celui-ci. L'équipe de changement est composée de deux infirmières chef, quatre infirmières, trois aides-soignantes, une ergothérapeute, deux éducatrices, une secrétaire, une technicienne de surface et de la responsable de cuisine. Par

ailleurs, sept résidents se proposent librement

d'adhérer à la démarche qualité.

Ils font donc partie intégrante du projet. Ce dernier est coordonné par la Directrice, Madame Fonder, et la Coordinatrice qualité,

Bénédicte Henrot. Des feedback réguliers sont organisés avec l'équipe de changement.

Lors de la réunion avec l'équipe de changement, les discussions sont riches d'idées, d'envie de vouloir

être bienveillant pour le nouveau résident. Notre réflexion : *On est dans le BON, on est vraiment pas mal concernant l'accueil...* Vient alors la rencontre avec les résidents, au cours de laquelle nous les laissons librement s'exprimer sur la question de leur propre accueil. Ils partagent leurs vécus et nous font part des difficultés et problèmes rencontrés. De ce fructueux échange en ressort que le jour de l'accueil, ils rencontrent trop de monde, trop d'informations sont données... et ils ressentent un manque d'humanité et de convivialité !

Dans le cadre de cette réflexion, nous avons fixé nos objectifs et commencé à planifier notre plan d'actions. Le but de la démarche est d'apporter plus d'humanité lors de l'entrée des résidents, de personnaliser davantage le moment de l'accueil, de le rendre plus convivial, tout en veillant à ce que le résident ait reçu et intégré les informations utiles. Il nous semble primordial de diminuer le volet administratif lors de cette journée.

« on n'a plus de temps à perdre, il faut se mettre tout de suite au travail »

Notre objectif : Durant la période du 1^{er} septembre 2018 au 31 octobre 2018, améliorer l'accueil de 90% des résidents en diffusant la fiche administrative et de renseignements au préalable du jour 0 ainsi qu'en assurant un accueil (jour 0) réalisé par une seule personne (désignée) en proposant un moment convivial (repas) lors de cette même journée.

ACTIONS D'AMÉLIORATION MISES EN PLACE

Afin d'alléger la charge administrative lors de l'entrée du résident, il a été proposé de mettre en place une nouvelle procédure : **un système de double enveloppe** pour la procédure d'admission (et non lors de la journée d'accueil). La première enveloppe est à retourner par le résident ou la famille au secrétariat avec les documents demandés et complétés. La seconde est à garder par le résident ou la famille car elle contient les informations nécessaires pour optimiser l'entrée.

Par ailleurs, afin d'humaniser un maximum l'accueil, **une nouvelle procédure** préparant l'accueil du nouveau résident a été mise en place. Pour la préparation de la chambre, nous utilisons un système de **check-list** afin d'éviter les éventuels oublis et permettre ainsi aux équipes de travailler de manière uniforme. Une première, destinée aux ouvriers de maintenance, est utilisée dès que la chambre est libre. Suivra ensuite le passage de la technicienne de surface avec sa propre check-list. De plus, une dernière vérification par une personne de référence désignée à l'avance, est effectuée la veille de l'entrée du résident. En

vue d'harmoniser et d'humaniser l'entrée en résidence, cette même personne est désignée pour accueillir le résident. Elle va personnaliser la chambre par un mot de bienvenue, un bouquet de fleurs, un café,... **selon la préférence du résident**. Il est conseillé à la famille de venir apporter les effets personnels du résident avant le jour de l'accueil. Peu importe la fonction, équipe soignante ou non, tout membre du personnel peut être désigné pour l'accueil tant que cette personne est motivée et sensibilisée à cette procédure.

Une troisième action mise en place est **la définition d'un créneau horaire de fin de matinée** (11 heures) comme moment d'accueil et d'admission en MR/MRS pour le résident et à sa famille. Cela permet d'éviter les entrées trop tardives avec moins de personnel présent. Il en est de même pour les admissions qui viennent des hôpitaux. De plus, ce timing permet au résident de s'installer, se poser dans sa chambre pour ensuite être accueilli au restaurant avec un ou deux accompagnant(s) pour prendre son premier repas, améliorant ainsi la convivialité de l'accueil.

RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

Actuellement, **notre objectif est atteint à 90%** tant du point de vue du volet administratif qu'humain.

L'avantage de travailler sur un projet d'amélioration de la qualité en collaboratif est **l'échange réalisé avec les responsables d'autres structures**. Par ailleurs, Laure Istas, Quality & Safety Officer à la PAQS, guide chaque institution afin d'établir clairement son (ses) objectif(s) SMART, la méthodologie et la mesure pour qu'il(s) soit(ent) atteint(s), et permet de canaliser les énergies débordantes pour que le projet soit fructueux.

Cette expérience fut très enrichissante pour notre équipe.



Le home Saint-Joseph de Couvin est une MR/MRS, qui accueille 105 résidents. Il fait partie de l'Association Notre Dame qui regroupe cinq maisons de repos et une crèche. Récemment, le home s'est agrandi avec l'ouverture d'une résidence services comprenant 22 logements et un centre de jour.

UNE ERREUR DE CÔTÉ AU BLOC OPÉRATOIRE

L'HISTOIRE

Le 10 septembre, Antoine, âgé de 38 ans, se rend aux urgences car celui-ci ressent une forte douleur au **genou droit**. Après quelques examens cliniques, on constate qu'Antoine présente une rupture du ligament croisé antérieur du **genou droit**, associée à une lésion du ménisque interne.

Une intervention chirurgicale est programmée en octobre.

Le 12 octobre, Antoine est admis en début d'après-midi. En l'absence de lits disponibles en secteur d'hospitalisation chirurgicale (afflux aux urgences), il est admis dans le service de soins continus. Le personnel de ce service est averti oralement par le service de chirurgie sur les modalités d'épilation et de préparation cutanée préopératoire. Les consignes indiquent qu'il faut réaliser l'épilation du membre inférieur droit. L'aide-soignante en charge de la préparation cutanée, réalise l'épilation du **membre inférieur droit**. Cependant, pour des raisons esthétiques, elle décide de réaliser également l'épilation de la jambe gauche.

Le 13 octobre, après la prophylaxie médicamenteuse, Antoine est transféré au bloc opératoire. Il est accueilli par l'infirmière du

bloc ainsi que par le médecin anesthésiste.

Lors de ces préparatifs, le patient est interrogé sur son identité, le type d'intervention prévue, le côté concerné et sur le nom du chirurgien devant pratiquer l'intervention. Il confirme qu'il s'agit d'une intervention au niveau du **genou gauche**. Comme ces informations confirment celles données par les images affichées dans la salle d'intervention, tant l'infirmier que l'anesthésiste procèdent aux étapes suivantes.

L'induction anesthésique est réalisée. La dernière étape de préparation cutanée et la mise en place des champs opératoires sont réalisées par un étudiant en médecine. Pendant la préparation, le chirurgien est absent car celui-ci discute avec l'anesthésiste à propos des raisons de la déprogrammation d'un patient initialement prévu.

Finalement, le chirurgien arrive en salle et l'intervention débute par le prélèvement du greffon sur la face interne du **genou gauche**.

L'arthroscopie met en évidence une distension du ligament croisé antérieur mais pas la lésion supposée exister d'après l'examen clinique. Grâce aux images, le chirurgien confirme cependant qu'il s'agit bien du genou gauche. Il décide alors de poursuivre l'intervention en réalisant un simple renforcement du ligament croisé. L'intervention est réalisée à **gauche** sans incident technique particulier.

En fin d'intervention, le chirurgien dicte le compte rendu opératoire dans une salle adjacente où est disposé le dossier du patient. À ce moment, il prend conscience de l'erreur et, en retournant en salle d'opération, il s'aperçoit que **les images sont affichées à l'envers**.

Dès son réveil, le patient est informé et des excuses lui sont présentées. Celui-ci présente un vif mécontentement après les explications données. En concertation avec le patient et l'anesthésiste, le chirurgien reprogramme une nouvelle intervention chirurgicale.



Une analyse de l'évènement est réalisée à travers la grille ALARM :

Facteurs de la grille ALARM	Causes identifiées
Facteurs liés au patient/ famille	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défaut de fiabilité des informations données par le patient au moment de l'interrogatoire préopératoire (Prémédication ? Était-ce le bon timing pour interroger le patient ?).
Facteurs liés aux tâches à accomplir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de protocoles de préparation cutanée en chirurgie (transmission orale). ▪ Absence de marquage du côté à opérer par le chirurgien. ▪ Absence de procédure de vérification croisée des informations destinées à prévenir les erreurs d'identité et de côté (check-list chirurgicale non utilisée ?). ▪ L'équipe du service qui reçoit le patient n'a pas les compétences ni l'habitude de préparer les patients pour une intervention chirurgicale. ▪ Plusieurs supports pour le dossier patient (existence d'un dossier informatisé mais application non disponible au bloc opératoire). ▪ Absence de cohésion et de regroupement des éléments du dossier médical du patient. ▪ Documentation affichée à l'envers (non confirmation du bon positionnement de celle-ci ?).
Facteurs liés à l'individu (Professionnels/facteurs individuels)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personnel de l'unité de soins continus ne connaît pas la préparation cutanée/ épilation. ▪ Aide opératoire réalisée par un étudiant en médecine (inexpérimenté) sans la supervision du chirurgien. ▪ Manque de concentration du chirurgien préoccupé par les raisons de la déprogrammation du patient initialement prévu. ▪ Absence de participation de l'anesthésiste au moment des vérifications croisées avant incision.
Facteurs liés à l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Absence de partage des informations entre les membres de l'équipe. ▪ Pas de confrontation des données avec le dossier, ni échange oral. ▪ Avant l'incision, absence de vérification ultime et croisée du site à opérer. ▪ Défaut de supervision des tâches à l'installation du patient. ▪ Culture faible du travail en équipe.
Facteurs liés à l'environnement de travail	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matériel et locaux non adaptés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispersion des éléments du dossier en plusieurs lieux : dossier patient pas disponible dans la salle d'opération (salle adjacente).
Facteurs liés à l'organisation et au management	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Défaillance de l'organisation des processus d'admission du patient. ▪ Difficultés de régulation des flux d'hospitalisation entre les admissions programmées et les admissions en urgence. ▪ Admission du patient en secteur non adapté à la préparation préopératoire des patients. ▪ Absence de protocole concernant le marquage du site à opérer.
Facteurs liés à l'institution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique du dossier patient unique bien définie mais coexistence de plusieurs supports d'informations et d'un dossier informatisé qui n'est pas accessible partout.

Pour en savoir plus :

Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale

<https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/fr/>

Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients

https://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/fr/

Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale 2009

https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_manual_french_2009.pdf

Guide de marquage du site chirurgical

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/high5s_guide_marquage_vf_nov12.pdf

LES CHANGEMENTS DÉMOGRAPHIQUES EXIGENT UNE RÉVISION PROFONDE DES MODÈLES DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ

Les organisations de santé, sont soumises, depuis plusieurs années, à de grandes évolutions et transformations. La population vieillit et développe des pathologies chroniques, obligeant les systèmes de santé à repenser l'organisation des soins ainsi que les modèles de prise en charge des patients. Dans les années 50, il y avait 200 millions de personnes dans le monde âgées de plus de 60 ans. Cette population atteindra un milliard en 2020 et deux milliards en 2050. La plupart de ces individus souffriront d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s). Cependant, le vieillissement de la population n'est pas le seul problème. Les nouvelles technologies, les progrès en matériel génétique, la médecine préventive personnalisée ainsi que d'autres avancées scientifiques augmentent également la pression sur les systèmes de santé. Par exemple, grâce aux progrès de la biologie et de la génétique, les stratégies médicales préventives chez les plus jeunes feront de ceux-ci de nouveaux patients chroniques qui auront recours aux soins pour un suivi préventif (cancers, maladies cardiovasculaires, diabètes, etc.).

La conception traditionnelle des systèmes de santé (plutôt tournée vers le traitement des maladies aiguës), ne sera plus adaptée à cette nouvelle réalité émergente. Des transformations majeures sont nécessaires pour que l'on puisse continuer à garantir à tous les citoyens un accès équitable à tous

les services de santé. Il s'agit de passer d'un système cloisonné, fondé sur les soins curatifs à un système davantage tourné vers le parcours du patient, la prévention, la coordination des acteurs et de tous les secteurs (soins aigus et de communauté), la qualité des soins et la pertinence des actes. Concrètement, l'objectif est de redéfinir le concept et la vision des soins de santé : ils ne seront plus définis comme une série d'épisodes aigus, mais plutôt comme un parcours de soins, tout au long de la vie du patient.

Cette transformation aura un impact sur les modèles de qualité et de sécurité (Q/S) que nous connaissons actuellement.

Deux articles de réflexions sur la réforme du modèle de qualité et sécurité en santé ont été écrits par quatre spécialistes mondiaux du domaine, sous l'égide de l'International Society for Quality in Health Care (ISQua). Voici quelques pistes de réflexion :

- Redéfinir les concepts qualité et sécurité tout au long du continuum de soins : la mesure de la qualité et de la sécurité de chaque prise en charge ponctuelle doit se transformer pour être évaluée sur une échelle de temps très dilatée, dans un accompagnement du patient global avec toutes ses pathologies cumulées. Presque tous les normes Q/S sont à revoir dans ce contexte et dans celui des parcours

de soins qui supposent des interfaces successives entre professionnels et entre secteurs.

- Convertir l'hôpital aigu d'un modèle actuel de séjour vers un modèle de flux des patients.
- Établir un partenariat de soins durable avec les patients, les familles et les aidants comme co-auteurs de leur santé et de leur sécurité, particulièrement au niveau des soins à domicile. Redévelopper les normes Q/S existants pour qu'ils soient compréhensibles et utilisés également par les patients, les familles et les non professionnels.
- Développer des normes Q/S spécifiques aux solutions technologiques, afin d'accompagner et d'anticiper la révolution numérique.
- Revoir l'ensemble des démarches Q/S, particulièrement l'accréditation.
- Modifier le concept d'évaluation/accréditation des établissements : plutôt que d'évaluer des entités isolées, cette démarche permettra d'évaluer des parcours de soins et même sans doute les cohérences d'offre de soins et de qualité au niveau de plusieurs secteurs de santé.
- Rendre les normes Q/S plus flexibles : inclure une valeur idéale/d'excellence (comme on le fait aujourd'hui), mais aussi une valeur minimale acceptable.

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

Pour en savoir plus : Amalberti R., Vincent C., Nicklin W., Braithwaite J.; Coping with more people with more illness. Part 1: the nature of the challenge and the implications for safety and quality. Int J Qual Health Care. 2018
Braithwaite J., Vincent C., Nicklin W., Amalberti R.; Coping with more people with more illness. Part 2: new generation of standards for enabling healthcare system transformation and sustainability. Int J Qual Health Care. 2018

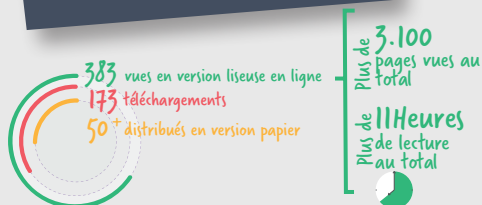
Pour plus d'articles, rendez-vous sur paqs.be/Ressources/Revue-de-la-litterature

IMPACT



all teach,
all learn

Magazine #7 de la PAQS
septembre 2018



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

Donnez votre avis sur le Magazine de la PAQS !
#allteachalllearn

