

all teach,
all learn*

* inspired by IHI

4

Indicateurs, quelles initiatives en Belgique ?

Page 8

La culture qualité chez Lunch Garden

Page 2

La qualité vue par DR Boudewijn Catry DVM, PHD

Page 3

5 ans pour sauver des vies

Page 4

Utilisation des indicateurs qualité du Registre du Cancer par la Clinique du sein des Cliniques
Universitaires Saint-Luc pour améliorer la qualité des soins

page 9

Est-ce possible chez vous ?

Page 10

Veille documentaire

Page 11



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 :
Geoffroy Berckmans, M. Berlière, Manuel Cardoso, Boudewijn Catry, A. Collard, F.P. Duhoux, Bénédicte de Villers, A. Gilquin, Sébastien Jaffré, Mathieu Louiset, Quentin Schoonvaere, Michel Slingeneyer, Florence Vandernoot, Ana van Innis, Annick Van Overstraeten

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

Impression
Media Process
Rue de la consolation 103,
1030 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.



LA CULTURE QUALITÉ CHEZ LUNCH GARDEN

Quand avez-vous mangé pour la dernière fois au restaurant ? Derrière votre assiette se cache des normes et des procédures strictes, notamment d'hygiène. Lunch Garden y ajoute une culture de la qualité et d'entreprise. Nous avons rencontré Annick Van Overstraeten, CEO de la chaîne de restauration Lunch Garden.

2010, l'année de tous les défis pour Lunch Garden : culture négative, désengagement professionnel, peu de leadership, ... À son arrivée, cette même année, Annick Van Overstraeten a fait de la **qualité une priorité** pour la chaîne de restauration. Dans un premier temps, un programme ambitieux permettant de fixer les bases a été instauré. Durant trois ans, les forces se sont concentrées autour de la mise en ordre des restaurants pour proposer au personnel un **environnement propice au déploiement de la culture qualité**. À la suite de cela, un plan d'excellence organisationnelle a été mis en place. Celui-ci se traduit en trois piliers : le service, la qualité et la propreté.

Comment mobiliser les personnes de terrain autour de cette culture ? Pour la directrice de Lunch Garden la réponse est simple : par le **monitoring interne et externe**, et par l'**exemplarité de la direction et des cadres**. La création et le maintien d'une culture de la qualité induit donc l'utilisation d'indicateurs et le suivi de ceux-ci, mais également l'implication du haut management. Ces derniers portent les valeurs de l'entreprise et les transmettent en donnant l'exemple et en étant exemplaires dans leurs comportements et pratiques.

La culture qualité s'inscrit dans le contexte plus général de la culture d'entreprise de Lunch Garden. La CEO insiste sur l'importance de cette dernière *surtout dans une structure décentralisée. La culture doit être la même partout*. Dans le secteur hospitalier, nous pouvons penser aux institutions multisites qui doivent jongler avec la multiplication de lieux mais également à la structure d'un hôpital qui fait collaborer entre eux différents services/départements. Tous doivent travailler avec un même objectif.

Chez Lunch Garden, la culture repose sur **une mission et des valeurs**. Pour les diffuser, divers événements et canaux de communication sont mis en place. Des *teambuilding* sont organisés pour rassembler l'ensemble du personnel autour des mêmes valeurs, une idée pour le secteur hospitalier ? De plus, chaque année, le directeur des ressources humaines, le directeur opérationnel et la directrice générale se prêtent à un *roadshow*. Ils visitent tous les restaurants après l'heure de fermeture et échangent avec le personnel de terrain. Ces visites ont un effet très positif. Certains dirigeants d'institutions hospitalières se lancent également dans ce type de rencontres via les tours de sécurité. Cette pratique pourrait être généralisée dans nos hôpitaux. Depuis cette année, Lunch Garden tente d'innover en termes de communication grâce à des images de types bandes dessinées distribuées dans tous les restaurants et qui mettent en scène le personnel et le management.

La mise en place d'une culture et l'implication du personnel au sein de celle-ci est un défi de tous les jours. L'aspect humain du travail rend le système faillible. Un problème peut survenir mais des procédures et des contrôles doivent être mis en place pour le détecter et y répondre. Il est donc nécessaire de fonctionner avec un esprit d'amélioration continue.

Lunch Garden est une chaîne de restauration rapide qui rassemble 76 restaurants et 1.100 employés. Cela représente entre 600 et 1.000 clients par jour dans chaque restaurant. Elle a été élue en 2017 meilleure chaîne de magasin de Belgique dans la catégorie restauration rapide. Lunch Garden vient d'ouvrir un premier restaurant à l'AZ Sint-Maarten de Mechelen.

DR BOUDEWIJN CATRY DVM, PHD

CHEF DU SERVICE INFECTIONS LIÉES AUX SOINS ET ANTIBIORÉSISTANCE



WETENSCHAPPELIJK INSTITUUT
VOLKSGEZONDHEID
INSTITUT SCIENTIFIQUE
DE SANTÉ PUBLIQUE

Boudewijn Catry (né en 1976) a commencé ses recherches (en 2000) dans le domaine de la santé animale. Il a obtenu un doctorat sur le thème de la résistance aux antibiotiques (en 2005, à l'UGent). Ensuite, il s'est tourné vers la médecine humaine auprès de l'Institut Scientifique de Santé Publique, où il a étudié le même sujet chez l'homme. En 2009, il a pris la direction du service Infections liées aux soins et antibiorésistance (www.nsih.be). L'aide apportée aux hôpitaux en cas d'épidémies impliquant des bactéries difficiles à traiter (MDRO-OST) a été traduite en textes de lois en collaboration avec le SPF Santé publique et est opérationnelle dans son service depuis 2014.

L'équipe *Infections liées aux soins & antibiorésistance* (NSIH) de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) assure la surveillance de ces infections depuis trois décennies sous l'égide du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE). En vertu de la loi belge, les hôpitaux sont tenus de participer à ces surveillances¹. En offrant définitions standardisées et feed-back individuels, ce système permet d'ajuster le contrôle des infections à l'échelle locale et nationale. La confiance et la confidentialité sont à la base de la relation entre l'ISP et les hôpitaux.

Début des années 2010, le Conseil d'État a rendu un avis à une organisation de défense des consommateurs quant à la divulgation des rapports individuels relatifs aux infections liées aux soins (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline, SARM, et *Clostridium difficile*) et des rapports des campagnes sur l'hygiène des mains. Selon l'organisation en question, la publication des résultats nationaux agrégés d'usage à l'époque se révélait insuffisante pour garantir la transparence nécessaire dans un climat international en rapide mutation.

L'instance susmentionnée a statué que les rapports individuels ne devaient pas être publiés, en raison du risque de sous-rapportage qui pourrait résulter de cette divulgation, mais a encouragé une plus grande transparence sur les infections évitables liées aux soins grâce à l'application d'indicateurs de qualité dans un avenir proche.

Par la suite, des indicateurs de qualité fédéraux pour l'hygiène hospitalière (compétence : Plateforme fédérale Hygiène hospitalière de la BAPCOC, *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*) ont été déployés comme modèle pionnier pour évaluer et stimuler la qualité des soins aux patients. Parallèlement, les réformes de l'État ont conduit à la régionalisation des compétences de la prévention et de la qualité des soins. Le tableau présenté à la page suivante livre un aperçu des initiatives sur les indicateurs d'hygiène hospitalière auxquelles l'ISP a activement participé.

L'ISP (et plus spécifiquement l'équipe *Infections liées aux soins & antibiorésistance*, www.nsih.be) s'efforce d'assurer la responsabilité de tenir les différentes organisations informées des activités menées par chacun au sujet des indicateurs de la qualité des soins et d'encourager une harmonisation. Les objectifs sont de livrer une vision univoque au personnel et au patient, de réduire le plus possible la charge liée à l'enregistrement et de favoriser la transparence de la culture des soins.

Initiatives sur les indicateurs de qualité en hygiène hospitalière en Belgique, de 2010 à aujourd'hui

Organisation	Indicateurs	Année de pilotage et de référence
Indicateurs de qualité fédéraux ²	38 indicateurs ayant principalement trait à l'organisation, aux processus et à la structure	2013-2015 www.nsih.be
VIP2 ³	1. Exigences de base en hygiène des mains 2. Bactériémies liées à un cathéter	2011-2013 www.zorgkwaliteit.be
PAQS ⁴	1. Compliance d'hygiène des mains 2. Bactériémies liées à un cathéter	2018 – 2019 (en développement)

Toujours dans ce même cadre, nous souhaitons souligner l'obligation de déclaration des bactéries difficiles à traiter dans la législation. Au besoin, le service d'inspection compétent peut, en collaboration avec l'ISP, venir apporter un soutien sur place en vue de la maîtrise rapide d'une épidémie. À cet effet, un accord interministériel a donné naissance formelle à une équipe appelée « Outbreak support team », opérationnelle depuis 2014.

Remerciement : L'auteur remercie Florence Vandernoot du service Coordination scientifique et communication - Cellule traduction de l'ISP.

¹ C-2015/24034, Moniteur belge - Belgisch Staatsblad 27.01.2015, Article 5, §2 <http://www.nsih.be/download/CDIF/Arrete%20Royal%202015.xps>

² Viseur N, Lambert M. Indicateurs de qualité en hygiène hospitalière dans les hôpitaux aigus. Rapport final. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique, 2011D/2011/2505/38.

http://www.nsih.be/download/IQ/IQ_rapport%20final_adapt%C3%A9%20selon%20commentaires%20PRs_final_vs3.pdf

³ Vlaams Indicatorenproject - 2 (VIP2) <https://www.zorg-en-gezondheid.be/indicatoren-vip2-az-per-domein>

⁴ PAQS : Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients

HOW CAN I IMPROVE HEALTHCARE TODAY ?

Focus sur un projet de la PAQS

5 ANS POUR SAUVER DES VIES OÙ EN EST-ON ?

5 ans : le projet est maintenant entré dans la phase de mise en application.

Si le début d'année a été consacré à la mise en place des bases du projet avec la signature des COMPACTS entre les institutions et la PAQS, la seconde partie d'année a été mise à profit pour définir les actions à lancer dans les hôpitaux participants.

LES CHANGE PACKAGES

Un élément fondamental du modèle du Collaboratif d'amélioration (IHI) est l'élaboration et la mise en place des *change packages* qui reprennent l'ensemble des changements à mettre en œuvre tant au niveau des processus que de l'organisation. Toutes les institutions participantes vont les tester et les implémenter simultanément. Ces interventions sont fondées sur la meilleure preuve existante (exemple : revues de littérature, recherches scientifiques, avis experts et/ou expériences bien documentées) et elles sont considérées comme essentielles pour produire les résultats d'amélioration attendus au sein du collaboratif.



Six thématiques ont été décortiquées afin de choisir six objectifs mesurables et ambitieux qui seront implémentés sur le terrain au niveau des unités pilotes choisies pour le projet 5 ans.

Afin d'atteindre ces objectifs, les participants ont sélectionné parmi des *change packages* construits à partir de la littérature, les actions prioritaires qui doivent exister pour changer les pratiques.

C'est maintenant aux équipes de terrain de mettre en place ces actions.

Pour les aider dans cette mission, une première formation a été organisée sur le thème du Story Telling par Philippe Leman de Pilgrim Support. Cette formation aidera les coordinateurs de projets à impliquer et sensibiliser le personnel autour des thématiques du projet 5 ans.

La réunion de décembre sera consacrée au rapportage des premières mesures et à l'évaluation des processus de collecte afin de préparer la mise en place des premières actions qui doivent mener à la poursuite des objectifs fixés.

Ils en parlent ...

Les Hôpitaux Iris Sud se sont engagés dans le programme 5 ans. Le lien et l'impact du programme avec la qualité et la sécurité sont des éléments importants qui ont contribué à justifier notre participation dans ce projet ambitieux afin de continuer à nous améliorer dans les 5 thèmes du programme. La PAQS apporte un support méthodologique et des formations directement en lien avec les thématiques du projet. Les références, les bonnes idées, les facteurs clés du succès qui en ressortent sont très instructifs.

A cela s'ajoutent les échanges importants et constructifs entre les hôpitaux participants, qui enrichissent encore plus le projet.

L'aspect *think big, act small*, nous permettra certainement d'améliorer grandement d'ici 2021 la sécurité des patients tout en accompagnant le changement progressif.

Au final c'est un très beau projet de co-construction entre la PAQS et les hôpitaux qui s'y sont engagés pour améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients.

Geoffroy BERCKMANS

Coordinateur Qualité et Sécurité des Soins aux Patients
Hôpitaux Iris Sud

LES MESURES

La science de l'amélioration utilise des données simples, collectées en routine dans l'unité pilote. Le temps joue le rôle d'un professeur qui permet d'apprendre des variations observées dans les données. Les équipes utiliseront le Run Chart et le Control Chart afin d'évaluer la performance de leur système et pour identifier des **signaux** d'un changement au travers des variations non aléatoires qui se produisent dans leurs données.

Ils en parlent ...

Ces dernières années, les institutions psychiatriques, dont le CNP Saint-Martin, s'inscrivent dans un vaste mouvement de réforme. Réorganisation des soins, développement de partenariats avec des services issus de la cité, promotion de l'autonomie des bénéficiaires, sont autant d'axes de travail prioritaires que d'attentes sociales de la part des usagers et des familles. Dans ce contexte, le projet 5 ans pour sauver des vies rejoint cette dynamique de réforme et constitue une occasion de mobilisation institutionnelle : la transmission sécurisée, précise et utile d'informations relatives aux patients, la prévention de la violence sur le lieu du travail, sont ainsi des thèmes remis sur le métier dans un dialogue avec d'autres institutions encore, et avec l'appui méthodologique de la PAQS.

Bénédicte DE VILLERS

Chargée de recherches et de projets

Coordinatrice locale pour la qualité des soins et la sécurité des patients

CNP Saint-Martin

KWALITEITSCULTUUR BIJ LUNCH GARDEN

Kwaliteit is een prioriteit bij Lunch Garden. Om een kwaliteitscultuur te implementeren werd drie jaar lang een programma gevolgd dat de basis hiervoor legde. Zo kan nu aan het personeel een omgeving worden aangeboden waarin deze kwaliteitscultuur kan gedijen. Om de mensen op het terrein te mobiliseren, wordt gebruikgemaakt van interne en externe monitoring terwijl ook het hoger management zijn steentje bijdraagt door het voorbeeld te geven. De kwaliteitscultuur kadert binnen de ruimere context van de bedrijfscultuur bij Lunch Garden die intern wordt verspreid door middel van teambuilding, *roadshows* of beeldmateriaal met stripfiguren. Een cultuur implementeren en het personeel daarbij betrekken is een uitdaging die elke dag opnieuw moet worden aangegaan.

KWALITEIT IN DE OGEN VAN DR. BOUDEWIJN CATRY, DVM, PHD, DIENSTHOOFD ZORGINFECTIES EN ANTIBIOTICUMRESISTENTIE

Sinds 3 decennia is het team zorginfecties (NSIH) van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, onder de auspiciën en met medewerking van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVL) verantwoordelijk voor de bewaking van zorginfecties. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van het WIV en het NSIH-team om de verschillende organisaties op de hoogte te houden van ieders activiteiten op het vlak van indicatoren van zorgkwaliteit. Zij stellen ook alles in het werk om een harmonisering aan te moedigen. Zo willen ze tot een eenduidige visie op personeel en patiënt komen, het registratiewerk zoveel mogelijk beperken en de transparantie van de zorgcultuur bevorderen.

5 JAAR OM LEVENS TE REDDEN – WAAR STAAN WE?

In het begin van het jaar werd de basis gelegd voor het project met de ondertekening van de COMPACTS tussen de instellingen en PAQS. Tijdens de tweede helft van het jaar werden de acties gedefinieerd die in de deelnemende ziekenhuizen zullen worden gestart. Er werden zes thema's afgebakend zodat zes meetbare en ambitieuze doelstellingen konden worden vooropgesteld. Zij zullen op het terrein worden geïmplementeerd op het niveau van de piloot-eenheden die voor het 5-jarenproject werden uitgekozen. Om de doelstellingen te verwezenlijken kozen de deelnemers uit de change packages, die op basis van de vakliteratuur werden samengesteld, een aantal prioritaire maatregelen om de bestaande praktijken te kunnen veranderen. Het is nu aan de teams op het terrein om deze maatregelen uit te voeren. Om hen bij hun opdracht te helpen, werd een eerste opleiding rond het thema Story Telling georganiseerd. De opleiding zal onze projectcoördinatoren helpen om het personeel te sensibiliseren en te betrekken bij de thema's van het 5-jarenproject. De vergadering in december zal gewijd zijn aan de verslaggeving over de eerste metingen en de evaluatie van de vergaringsprocessen met het oog op de implementatie van de eerste maatregelen die tot de realisatie van de vooropgestelde doelstellingen moeten leiden.

INDICATOREN: WELKE INITIATIEVEN IN BELGIË?

Het aantal initiatieven om kwaliteitsverbetering op basis van indicatoren te realiseren, neemt zienderogen toe. Steeds meer actoren kiezen hiervoor. Organisaties zoals het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, het Kankerregister, het Centre d'Épidémiologie Périnatale, de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit en het Intermutualistisch Agentschap ondersteunen zorginstellingen bij het aanmaken en interpreteren van indicatoren. Dankzij dit soort initiatieven zijn mensen op het terrein sneller gewonnen voor kwaliteitsbevorderende maatregelen die op indicatoren gebaseerd zijn. De trend om diverse bestaande initiatieven te coördineren, toont dan weer duidelijk dat de transversale kijk op zorgkwaliteit geleidelijk aan ingang vindt. Dit blijkt uit de toegenomen betrokkenheid van de federale en regionale overheden die wensen te investeren in kwaliteitsopvolging op basis van sets van indicatoren in verband met diverse thema's op het vlak van kwaliteit.

BORSTKLINIEK VAN CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC GEBRUIKT DE KWALITEITSINDICATOREN VAN HET KANKERREGISTER OM DE KWALITEIT VAN DE ZORG TE VERBETEREN

Cliniques Universitaires Saint-Luc gebruikt al bijna 15 jaar het standaardformulier om kankergevallen te registreren. De Stichting Kankerregister analyseert de gegevens, zodat het ziekenhuis kan zien waar het ten opzichte van andere ziekenhuizen staat op het vlak van kankerpopulatie. Het nam nu het initiatief om de gegevens aan te vullen met indicatoren waarmee ook andere dimensies van de kwaliteit van de borstkankerbehandeling kunnen worden opgevolgd (expressie van hormoonreceptoren, precies type van toegepaste chirurgie of chemotherapie, gegevens over levenskwaliteit).

FIXATIE BIJ OUDEREN: EEN GEZONDHEIDSDILEMMA?

Meneer Durant, een man van 78, werd in het ziekenhuis opgenomen nadat hij thuis herhaaldelijk ten val was gekomen. Om valpartijen te vermijden was een tafeltje aan zijn fauteuil bevestigd als fixatiemateriaal. De patiënt gleed echter uit de fauteuil en raakte met zijn hals tussen het tafeltje en de fauteuil gekneld. Fixatie is een wijdverspreide praktijk bij bejaarde patiënten om valpartijen en verwondingen te voorkomen. Niets bewijst echter de doeltreffendheid van dit systeem en uit enkele studies blijkt zelfs dat het gebruik van fixatiemateriaal risico's kan inhouden. Daarom mag het slechts als laatste redmiddel worden gebruikt, op basis van een medische beslissing die met kennis van zaken genomen is. Een multidisciplinair medisch team moet zich over de implementatie van het fixatiemateriaal beraden en moet hiervoor een strikte planning opstellen.

HOE HET AANTAL KATHETERGEASSOCIEERDE URINEWEGINFECTIES DOEN DALEN?

Kathetergeassocieerde urineweginfecties (CAUTI) behoren wereldwijd tot de meest courante en vermijdbare ziekenhuisinfecties. Toch blijft het aantal CAUTI onverminderd toenemen. Een groep Amerikaanse onderzoekers probeerde een multidimensionaal verbeteringsprogramma te implementeren om het gebruik van katheters en het aantal kathetergeassocieerde urineweginfecties te beperken. Zij slaagden erin om met dit verbeteringsprogramma beide doelstellingen te realiseren.

BESCHIKT U OVER GOEDE TOOLS OM UW GEGEVENS TE INTERPRETEREN?

De Raden van Bestuur (RvB) van ziekenhuizen moeten op basis van de analyse van gegevensgrafieken beslissingen nemen over patiëntveiligheid. In dit artikel onderzoeken we hoe de gegevens waarmee de RvB's van Engelse staatsziekenhuizen werken, grafisch worden voorgesteld en in hoeverre deze grafieken het mogelijk maken om wijzigingen in de gegevens te analyseren. De auteurs komen tot het besluit dat tools zoals *control charts* zeer weinig worden gebruikt in de rapporten die voor de RvB's van Engelse ziekenhuizen bestemd zijn. In andere landen is dat zeer waarschijnlijk niet anders. Deze vaststelling doet de vraag rijzen in hoeverre besluitnemers eigenlijk in staat zijn om variaties in hun gegevens te analyseren, de juiste beslissingen te nemen en foute beslissingen te vermijden.

QUALITY CULTURE AT LUNCH GARDEN

Quality is a priority for Lunch Garden. To enable the development of a quality culture, Lunch Garden embarked on a three-year programme to lay down the appropriate foundations. This ensured that its staff would have the right environment for a quality culture to take root and thrive. Internal and external monitoring systems have been set up to get staff on board and top management is also showing its commitment by setting a good example. Lunch Garden's quality culture is just one component of its broader corporate culture, which is shared with staff by means of team-building exercises, roadshows and comic-style images. Implementing a new culture and encouraging staff to subscribe to it is an ongoing challenge.

QUALITY AS SEEN BY DR BOUDEWIJN CATRY DVM, PHD, HEAD OF THE DEPARTMENT OF HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS AND ANTIMICROBIAL RESISTANCE

The Healthcare-associated Infections and Antimicrobial Resistance (NSIH) unit at the Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP) has been monitoring these infections for the past three decades, overseen by the Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Environment. The responsibilities of ISP and the NSIH unit include keeping the various organisations informed of each other's work on care quality indicators and encouraging harmonisation, the aims being to deliver a clear vision to staff and patients, minimise the amount of work involved in registration and promote transparency in care culture.

5 YEARS TO SAVE LIVES: STATUS REPORT

The first part of the year saw the groundwork laid for the project, as COMPACTS were signed between the healthcare institutions and PAQS. In the second part of the year, the focus was on the identification of activities to be launched in the participating hospitals. Six themes were identified with a view to setting six ambitious, measurable targets that will be rolled out in the field by the pilot units selected for the 5 Years project. In order to achieve their targets, the participants selected priority actions for changing practices from an array of 'change packages' that had been put together based on the literature on the subject. It is now up to the field teams to implement their chosen measures. An initial training course on story-telling was organised to support them with this task. The course will help our project coordinators to raise staff awareness of the issues addressed by the 5 Years project and get staff behind it. The December meeting will be given over to reporting on the initial measurements and evaluating the collection processes. All of this will serve as preparation for the implementation of the first actions designed to achieve the targets.

INDICATORS: WHAT INITIATIVES ARE BEING TAKEN IN BELGIUM?

The number of indicator-driven quality improvement initiatives is increasing, with more and more stakeholders getting involved. Organisations such as the Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP), the Belgian Cancer Registry, the Perinatal Epidemiology Centre, the Federal Council for Quality in Nursing and the Common Sickness Funds Agency (IMA-AIM) are assisting healthcare institutions with the production and interpretation of indicators. Initiatives like this help to bolster field staff's support for indicator-driven quality measures. Moreover, the trend towards coordinating various existing initiatives highlights that a cross-cutting vision of quality of care is steadily gaining ground. This is reflected in the increased involvement of the federal and regional authorities, which are interested in monitoring quality by means of different indicator sets linked to different aspects of quality.

USE OF THE BELGIAN CANCER REGISTRY'S QUALITY INDICATORS TO IMPROVE QUALITY OF CARE AT CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC'S BREAST CLINIC

Cliniques Universitaires Saint-Luc has been using the standard cancer registration form for almost 15 years. The data, which are analysed by the Belgian Cancer Registry, allow the hospital to compare itself to other institutions, particularly in terms of cancer population. *Cliniques Universitaires Saint-Luc* has taken the initiative of supplementing these data with indicators to enable monitoring of other aspects of breast cancer care quality (e.g. expression of hormone receptors, exact type of surgery or chemotherapy performed, data on quality of life).

RESTRAINING OLDER PATIENTS: A HEALTH DILEMMA?

Mr Durant, a 78-year-old man, was hospitalised following a number of falls at his home. To prevent further falls, a tray was fixed to his chair as a means of restraint. However, the patient slipped off his chair and ended up with his neck wedged between the tray and the chair. Restraints are often used to prevent falls or injuries in older patients. However, there is no evidence that they are effective; some studies have even shown that their use can generate additional risks. Consequently, restraints may only be used as a last resort, as the result of an informed medical decision. If restraint use is being considered, it must be discussed by a multi-disciplinary team and planned with the utmost care.

HOW CAN WE REDUCE CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS?

Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) are among the most common – and most preventable – hospital-acquired infections worldwide. And yet the incidence of CAUTI continues to rise. A group of American researchers sought to implement a multi-dimensional improvement programme with a view to both reducing catheter use and lowering the incidence of catheter-associated urinary tract infections. Their approach was successful on both fronts.

DO YOU HAVE THE RIGHT TOOLS TO INTERPRET YOUR DATA?

Hospital boards need to make decisions on patient safety based on the analysis of graphical data. This article examines the graphical presentation of the data used by NHS England hospital boards and evaluates the extent to which the graphs enable boards to analyse variations in their data. The authors conclude that little use is made of tools such as control charts in reports for English hospital boards, and that this is very likely the case in other countries too. This finding raises questions about decision-makers' ability to analyse variations in their data, make the right decisions and avoid making bad decisions.

INDICATEURS, QUELLES INITIATIVES EN BELGIQUE ?

Les hôpitaux belges collectent de nombreuses données. Certaines répondent à des obligations légales alors que d'autres sont collectées volontairement pour piloter une vision stratégique interne. Parallèlement à cet afflux de données, le secteur connaît un intérêt grandissant pour les outils de mesure de la qualité des soins.

Les initiatives se multiplient et les différents niveaux de pouvoirs investissent dans le pilotage de la qualité à partir d'indicateurs. Au niveau fédéral, certains indicateurs qualité vont intégrer un système de paiement à la qualité actuellement en développement. En Flandre, différents indicateurs qualité sont déjà rendus publics (www.zorgkwaliteit.be) alors que les Régions bruxelloise et wallonne ont mandaté la PAQS pour développer, avec le secteur, un set commun dont la première version sera finalisée début 2018.

Dans ce contexte, il est important de rappeler que les hôpitaux peuvent être soutenus par des organisations externes qui offrent un support dans la production et l'interprétation d'indicateurs de qualité. Citons notamment :

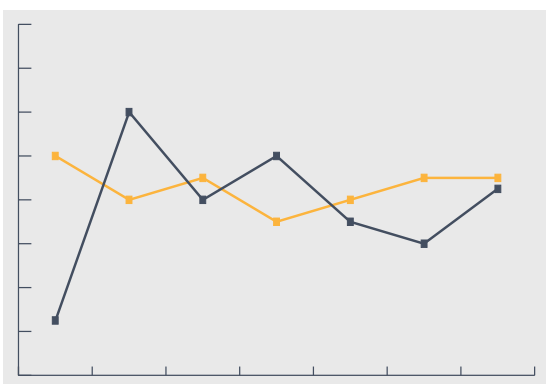
L'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) qui soutient la surveillance des infections liées aux soins et la production d'indicateurs de qualité en hygiène hospitalière (voir pages 3 et 4).

Le Registre du Cancer qui développe une série d'études et d'indicateurs pour améliorer la prise en charge de patients atteints d'un cancer (un exemple concret est donné en page 9).

Le Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEpiP) qui étudie l'épidémiologie périnatale en Régions bruxelloise et wallonne. Les maternités et centres néonataux reçoivent annuellement un rapport confidentiel avec des indicateurs périnataux qui sont comparés à ceux de l'ensemble des maternités de la Région concernée. Cet exercice permet à chaque institution d'évaluer leur activité par rapport à celle des autres hôpitaux.

Le Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière (CFQAI) propose quant à lui des indicateurs qualité et des instruments de mesure en matière de « bonnes pratiques » infirmières. Des thématiques telles que les escarres, la nutrition ou la privation de liberté en psychiatrie font actuellement l'objet d'une collecte de données et d'une mise en perspective des résultats.

L'Agence Intermutualiste (AIM) qui analyse les données de consommation des soins de santé collectées par les organismes assureurs. Ces informations ont un grand potentiel pour évaluer et promouvoir l'amélioration de la qualité des soins de santé. Un exemple concret est l'étude menée sur les *prothèses totales de hanche*¹.



Les différentes initiatives présentées permettent de sensibiliser les équipes de terrains aux problématiques de la qualité des soins au travers de la mise en place de feed-back réguliers qui évaluent les pratiques et incitent à l'amélioration. Au-delà d'une perspective de travail par thématique, les indicateurs doivent aussi piloter une vision de plus en plus transversale de la qualité des soins construite sur une coordination des initiatives existantes.

¹ https://www.mc.be/binaries/Etude%20MC%20proth%C3%A8se%20de%20hanche-FR_DEF_tcm377-166028.pdf

UTILISATION DES INDICATEURS QUALITÉ DU REGISTRE DU CANCER PAR LA CLINIQUE DU SEIN DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS

Le formulaire standard d'enregistrement du cancer a été introduit en 2003. La Fondation Registre du Cancer a quant à elle été créée en 2005 afin d'assurer la continuité de l'enregistrement du cancer en Belgique (www.registreducancer.be).

Dans notre institution, les données requises par le formulaire standard d'enregistrement sont introduites de façon continue depuis bientôt 15 ans : données démographiques (telles que l'âge, le sexe, ...), types histologiques de cancer, décisions thérapeutiques et données de survie.

Les données du formulaire d'enregistrement de base sont analysées par la Fondation Registre du Cancer, qui les croise avec des données provenant des mutuelles afin de nous fournir des rapports réguliers nous permettant de nous situer par rapport aux autres hôpitaux. Nous pouvons ainsi comparer notre population à la population de patientes atteintes d'un cancer du sein en Belgique, et tirer par exemple l'enseignement que nous traitons plus de patientes jeunes que la moyenne des hôpitaux. Cet enseignement nous a menés à créer l'unité FAR, familles à risque, qui s'occupe spécifiquement des patientes atteintes d'un cancer du sein à un âge précoce ou ayant de lourds antécédents familiaux. Les

données collectées par le Registre nous permettent aussi de nous situer par rapport aux indications de chirurgie conservatrice et de ganglions sentinelles, dont la proportion a augmenté depuis que l'enregistrement a été instauré. Par ailleurs, nous constatons de fortes disparités entre les hôpitaux concernant l'utilisation de la chimiothérapie adjuvante, et œuvrons activement au niveau national dans le but de restreindre l'utilisation de ce traitement aux patientes qui en ont vraiment besoin.

Au fil du temps, nous avons constaté que les données de base requises par le Registre se devaient d'être complétées par des données permettant de suivre d'autres dimensions de la qualité de la prise en charge du cancer du sein. C'est ainsi qu'à ces données de base obligatoires, nous ajoutons maintenant dans une base de données qui nous est propre des informations telles que :

- l'expression des récepteurs hormonaux,

- le type exact de chirurgie ou de chimiothérapie pratiquée (en vue d'une accréditation européenne de la Clinique du Sein),
- des données de qualité de vie (dans le cadre du projet ICHOM, qui vise à standardiser la prise en charge des pathologies les plus fréquentes dans un but d'amélioration continue). Nous allons même prochainement permettre aux patientes de compléter elles-mêmes une partie des données de qualité de vie les concernant en se connectant de façon sécurisée à leur propre dossier.

En résumé, nous sommes intimement convaincus que l'enregistrement des données de base du cancer du sein a permis d'améliorer de façon continue sa prise en charge dans notre pays. Nous pensons qu'il convient maintenant de compléter ces informations par des données plus précises, et d'y ajouter des données de qualité de vie.

CONTENTION CHEZ LES SUJETS ÂGÉS : UN DILEMME EN SANTÉ ?

L'HISTOIRE

Monsieur Durant, homme âgé de 78 ans, est hospitalisé le 10 août suite à des chutes à répétition à son domicile. Il s'agit d'un patient vivant seul, éthylique et tabagique. Il ne présente pas de delirium, mais quelques épisodes d'agressivité répétés. Le patient est également incontinent et la force qu'il exerce sur ses membres inférieurs est déficiente.

Lors de son admission, le patient présente des lésions cérébrales suspectes. Une IRM est recommandée mais ne sera pas effectuée. Un test afin d'évaluer le niveau cognitif et mental de Monsieur Durant est réalisé. Le résultat obtenu indique un état de conscience altéré. Sur ordre médical le patient est régulièrement

mis dans un fauteuil afin de le maintenir mobile et d'éviter que son état physique ne se dégrade. Une tablette fixe est utilisée comme matériel de contention.

Au cours des trois jours qui suivent l'admission du patient, à part quelques épisodes d'agressivité, son état reste plutôt stable. Le matin du 13 août après la toilette, comme tous les jours, le patient est mis au fauteuil avec la tablette, de l'eau et une sonnette à portée de main. Vers 11h30 le tour des médicaments est effectué et l'infirmière qui s'occupe de l'administration médicamenteuse ne constate rien d'anormal dans la chambre. À 12h00 les repas sont servis. Le patient se trouve assis dans le fauteuil, il est

conscient, agressif et refuse de manger. Début de l'après-midi, aux environs de 14h, l'alarme sonne depuis la chambre du patient. L'infirmière se rend à la chambre et constate que Monsieur Durant a glissé du fauteuil. Celui-ci se retrouve avec le cou coincé entre la tablette et le fauteuil. Il est en syncope et cyanosé (C'est son voisin de chambre qui a sonné l'alarme). L'infirmière court chercher ses collègues pour le relever. Quatre infirmiers arrivent et enlèvent la tablette.

Après avoir mesuré les paramètres du patient, l'oxygénothérapie est effectuée. Le patient continue à dessaturer et sera donc transféré aux soins intensifs.

L'ANALYSE

La contention chez les personnes âgées est une pratique répandue au niveau mondial. Celle-ci est définie comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne âgée ayant un comportement estimé dangereux ou mal adapté » (ex. : barrières de lit, ceintures pliques, tablettes etc.) (ANAES, 2000).

Cependant cette pratique est un exemple des dilemmes qui surviennent lors de la prestation de soins. Bien que dans certains cas, la contention physique est considérée comme nécessaire pour protéger le patient (ex. : prévention de chutes, maîtrise de l'agitation et des troubles comportementales), ces mesures peuvent entraîner des risques et des conséquences parfois irréversibles chez les patients âgés et fragiles. Plusieurs études ont démontré que la contention ne protège pas le patient, et, que dans certains cas celle-ci entraîne des effets secondaires, tels que l'augmentation des chutes, l'aggravation des états d'agitation, escarres, dépression et parfois même le décès (Berzlanovich, 2012).

C'est pour cette raison que la contention ne peut être utilisée qu'en dernier recours et doit être une décision médicale éclairée. La mise en place d'une contention doit ainsi faire l'objet d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire accompagnée d'une planification rigoureuse.

Pour planifier l'utilisation de la contention au niveau institutionnel, plusieurs recommandations ont été élaborées (Van de Vyvere et al, 2013) (ANAES, 2000) :

Evaluation des besoins

L'analyse initiale doit tout d'abord permettre de définir et justifier la raison d'une éventuelle

contention, après épuisement de toutes les alternatives possibles. Lors de cette analyse, il est important de chercher tant les risques de la non contention (chute, épuisement, etc.) comme ceux liés à la contention (strangulation/asphyxie traumatisme, fonte de la masse musculaire, etc.). Disposer d'une procédure et d'un algorithme décisionnel pour la mise en place d'un dispositif de contention peut s'avérer essentiel.

Évaluation pluriprofessionnelle

Comme mentionné auparavant, la décision de placer un patient sous contention doit au préalable faire l'objet d'une discussion avec l'ensemble de l'équipe soignante. Lorsque la contention est considérée comme inévitable, celle-ci doit faire l'objet d'une procédure écrite et d'un suivi régulier par l'équipe soignante, avec évaluation quotidienne de son utilité, afin que sa durée soit la plus courte possible.

Prescription médicale

Toute contention doit être accompagnée d'une prescription médicale, permettant d'identifier les motifs, la durée prévue, les risques à prévenir, le programme de surveillance ainsi que le matériel de contention. Cette prescription doit être normalement réévaluée toutes les 24 heures.

En cas d'urgence et en l'absence de médecin, les infirmiers peuvent avoir recours à la contention sans prescription médicale mais la situation doit être régularisée dans les plus brefs délais par un médecin.

Choix de la contention

Le choix du matériel doit être adapté en fonction de l'état du patient, validé et garantir le confort et la sécurité de celui-ci. Dans notre cas, le type de contention n'était pas adapté à l'état actuel du patient. Une tablette avec entrejambe ou un coussin antiglisse auraient été plus adaptés.

Information du patient et de sa famille

Le patient et sa famille doivent être informés de la nécessité de contention pour que la décision soit prise avec leur consentement. Les raisons, les moyens et les matériels utilisés, la durée prévue ainsi que la surveillance doivent être expliqués.

Surveillance de la contention

Une fois placée, la contention doit faire l'objet d'une surveillance programmée à intervalles réguliers. Les domaines à surveiller sont la déshydratation, constipation, incontinence, troubles respiratoires, inhalation, perte d'appétit, blessures, troubles psychologiques, posture et position. Après 24 heures, l'utilité et la nécessité d'avoir recours à la contention doivent être régulièrement réévaluées et des alternatives doivent être systématiquement recherchées.

Programme d'éducation de la contention

Un programme d'éducation du personnel permet non seulement de diminuer la prévalence des contentions, mais aussi les complications liées aux contentions qui sont inévitables. Les professionnels sont formés aux mesures alternatives à la contention physique, aux risques de celle-ci, aux surveillances à réaliser, à l'importance de l'intégration de la famille et de l'équipe pluridisciplinaire dans le processus de décision, ainsi qu'à l'évaluation des mesures de contention.

Ressources consultées :

Van de Vyvere A, Dumont C. Procédures et contention physique. Rev Med Brux. 2013; ; 34 : 368-75
AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. ANAES 2000 ; 1-41.
Gulpers M, Bleijlevens M, Ambergen T. and al. (Janvier 2013). Reduction of belt restraint use : long-term effects of the EXBELT intervention. Journal of American Geriatric Society.2013 ; 61, 1, 107-112
Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths Due to Physical Restraint. Deutsches Ärzteblatt International. 2012;109(3):27-32.

COMMENT RÉDUIRE LES INFECTIONS URINAIRES ASSOCIÉES AUX CATHÉTERS ?

Les infections urinaires associées aux cathéters (CAUTI) sont l'une des infections nosocomiales les plus fréquentes, mais aussi les plus évitables, au niveau mondial. Cependant, leur taux continue d'augmenter. L'un des principaux facteurs de risque des CAUTI est la durée d'utilisation des cathéters, avec une augmentation de 3 à 10% du risque chaque jour d'utilisation supplémentaire.

Un groupe de chercheurs américains à tenter d'implémenter un programme d'amélioration multidimensionnel afin de réduire, simultanément, l'utilisation des cathéters et les infections urinaires associées à ceux-ci.

Le programme d'amélioration comprend cinq interventions-clés :

- Un rappel de l'utilisation de cathéter au chevet des patients
- Une campagne d'éducation multidisciplinaire
- Un système de prescription de cathétérisme lié à un support d'aide à la décision
- Des ordres d'interruption automatique du cathétérisme
- Un protocole pour retirer le cathéter

Les taux d'utilisation des cathéters ainsi que les taux d'infections urinaires associées aux cathéters ont été mesurés de manière continue :

- 14 semaines avant l'intervention
- 27 semaines, correspondant à la période d'implémentation du programme
- 70 semaines, correspondant à la période post implémentation/

pérennisation du programme.

Des control charts ont été utilisés afin d'évaluer l'impact des interventions au niveau du taux d'utilisation des cathéters et du nombre de jours entre chaque CAUTI.

Les auteurs ont constaté que l'utilisation des cathéters a diminué de 35% entre la période avant l'implémentation du programme d'interventions et celle de la post implémentation/pérennisation du programme. Le nombre de jours entre chaque CAUTI a passé de 101 jours à 400 jours suite à implémentation des interventions-clés. Cependant, les auteurs soulignent que l'amélioration n'a été significative qu'à partir du moment où les cinq interventions-clés ont été mises en place.

Pour en savoir plus : Theobald CN, Resnick MJ, Spain T, Dittus RS, Roumie CL. A multifaceted quality improvement strategy reduces the risk of catheter-associated urinary tract infection. *Int J Qual Health Care.* 2017 ; 29 (4) :564-570

DISPOSEZ-VOUS DES BONS OUTILS POUR INTERPRÉTER VOS DONNÉES ?

Les conseils d'administration (CA) des hôpitaux sont amenés à prendre des décisions concernant la sécurité des patients sur base de l'analyse de données graphiques.

Cet article examine comment les données utilisées par les CA des hôpitaux du NHS anglais sont graphiquement présentées et dans quelles mesures ces graphiques permettent d'analyser les variations dans les données.

Il existe deux types de variations : les variations inhérentes à un processus, appelées causes communes de variation (hasard/chance) et les variations liées à des circonstances particulières, appelées les causes spéciales de variation. Il est important de distinguer ces deux types de variations au travers notamment l'utilisation de Control

Charts. Comprendre les variations dans les données permet donc aux administrateurs de prendre des décisions adaptées.

Les rapports de 30 comités d'administration d'hôpitaux ont été sélectionnés aléatoirement, et examinés. Les 30 rapports contiennent 589 graphiques qui illustrent des données « Qualité Sécurité » dont les quatre principales thématiques sont : les temps d'attente (n=112), la déclaration d'incidents (n=100), les infections associées aux soins (n=99) et la mortalité (n=85). Seulement 88 graphiques, soit 15% de ceux décrivant la qualité et la sécurité, permettent de distinguer les deux types de variations (communes vs spéciales). Des 30 rapports analysés, 14 (soit 46,6%) présentaient au moins un type de control charts pour illustrer leur donnés

« Qualité et sécurité ».

Les auteurs concluent que les outils tels que les control charts, sont très peu utilisés dans les rapports destinés aux CA des hôpitaux anglais et fort probablement dans d'autres pays. Ce constat interroge sur la capacité des décideurs d'analyser les variations dans leurs données, de prendre les bonnes décisions (réagir face à certains signaux - causes spéciales - qui apparaissent dans des causes communes) et d'éviter les mauvaises (réagir à des causes communes en pensant qu'il s'agit de signaux).

Les auteurs élaborent quelques recommandations à destination des administrateurs et du personnel de terrain pour surmonter les barrières à l'utilisation des control charts dans le secteur hospitalier.

Pour en savoir plus : Schmidtke KA, Poots AJ, Carpio J, et al. Considering chance in quality and safety performance measures: an analysis of performance reports by boards in English NHS trusts. *BMJ Qual Saf.* 2017; 26: 61-69

Retour sur le Congrès de l'ISQUA

Le congrès annuel de l'International Society for Quality in Healthcare s'est tenu à Londres du 1^{er} au 4 octobre. Ce rendez-vous mondial des **acteurs en Qualité/Sécurité** permet de suivre les **derniers développements dans cette thématique**, tant au niveau de la recherche que de la mise en place d'actions concrètes sur le terrain.

Avec plus de 1.500 participants venant des quatre coins du monde, l'évènement est une occasion unique de découvrir ce qui se fait à l'étranger, dans des contextes souvent très différents, et de se rendre compte que nous sommes, au final, tous confrontés aux mêmes problèmes.

Cette année, deux tendances se dégagent clairement du programme très riche proposé aux congressistes. **La compréhension des systèmes et des programmes** permettant d'assurer la sécurité des patients constituait l'un des thèmes importants de cette 34^{ème} édition. **La place des patients, et de leur proche, dans l'amélioration de la qualité** occupait également une place de choix dans le programme.

On le voit, l'orientation des travaux de la PAQS et les projets proposés aux institutions de soins sont en adéquation avec les grandes tendances à l'international !

Winter School

La PAQS organise une Winter School du 31 janvier au 2 février 2018 ! Ces trois jours, à destination des profils junior dans les soins de santé, sont une occasion unique de faire connaissance avec les outils et les experts de la qualité.

Vous avez à cœur de toujours mieux prendre en charge vos patients, mais manquez d'outils ? Vous débutez votre profession et ne savez pas toujours comment améliorer le système ? Ces trois jours sont pour vous ! Retrouvez toutes les informations sur www.paqs.be

L'hôpital du Chêne aux Haies déploie le tableau blanc

Suite à une formation en Lean, Sébastien Jaffré, directeur du département infirmier et paramédical, et Manuel Cardoso, coordinateur qualité du site Chêne aux Haies à Mons accompagnent, avec tous les cadres soignants du site, des unités pilotes à la mise en place d'un nouveau projet. Depuis quelques mois, trois unités de soins psychiatriques ont débuté l'utilisation d'un outil visuel d'amélioration continue et de résolution de problèmes inspiré du Lean management : le tableau blanc.

Découvrez leur démarche sur le site Internet de la PAQS !

www.paqs.be/fr-BE/Actualites.aspx



PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Pense-bête pour votre calendrier qualité et sécurité !

31 janvier au 2 février 2018

Winter School

Organisée par la PAQS - www.paqs.be

15 février 2018

5 ans pour sauver des vies

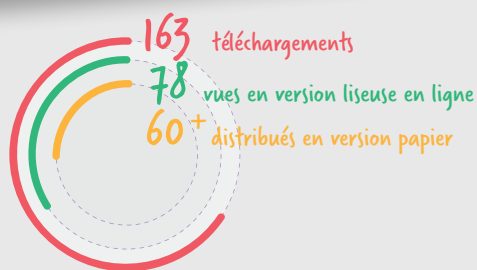
Organisé par la PAQS - Cette activité est réservée aux institutions engagées dans le projet *5 ans pour sauver des vies*



**all teach,
all learn**

Magazine #2 de la PAQS
juin 2017

IMPACT



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

Contactez Audrey Mattelet !
audrey.mattelet@paqs.be

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

