

# Implication des équipes et culture de la mesure au service de l'amélioration continue



## Orateur(s) – spreker(s)

Chantal Dehon - Sylvie Michotte

## Date - datum

24/10/2015



CLINIQUES DE L'EUROPE  
EUROPA ZIEKENHUIZEN

**COMPETENCY  
EFFICIENCY  
PERSONALISED ASSISTANCE  
COMFORT**

# The Europe Hospitals briefly

Largest **private hospital group** in Brussels

Solid financial foundation to :

- Invest in **advanced medical technology**
- Develop **modern infrastructures** to welcome patients and their relatives

**Competent** and **efficient** teams, **multidisciplinary healthcare** approach, **well-being** and **comfort** for each patient



Démarche stand up

## Facts and figures

-  2 sites
-  2 external consultations
-  300 specialists doctors
-  2000 staff members
-  715 accredited beds
-  130 "One Day" beds (incl. dialyse)

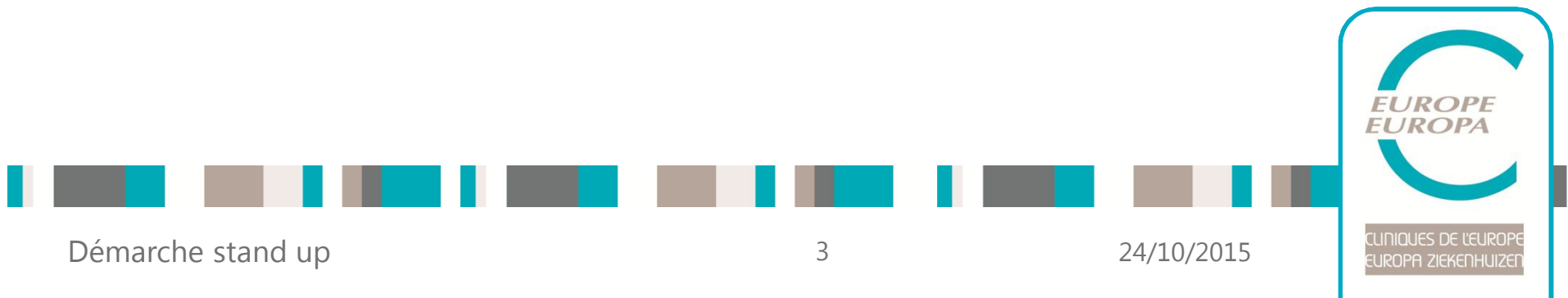
But also, each year: **400 000** consultations, **22 000** hospital admissions, **45 000** "One Day" admissions (incl. dialyse), **50 000** emergencies

**Nearly 2000 patients daily**



# Programme

- Réflexion initiale
- La démarche stand up
- Mesures et résultats
- Facteurs limitant
- Vision et objectifs futurs



# 1. Réflexion initiale



Démarche stand up

24/10/2015

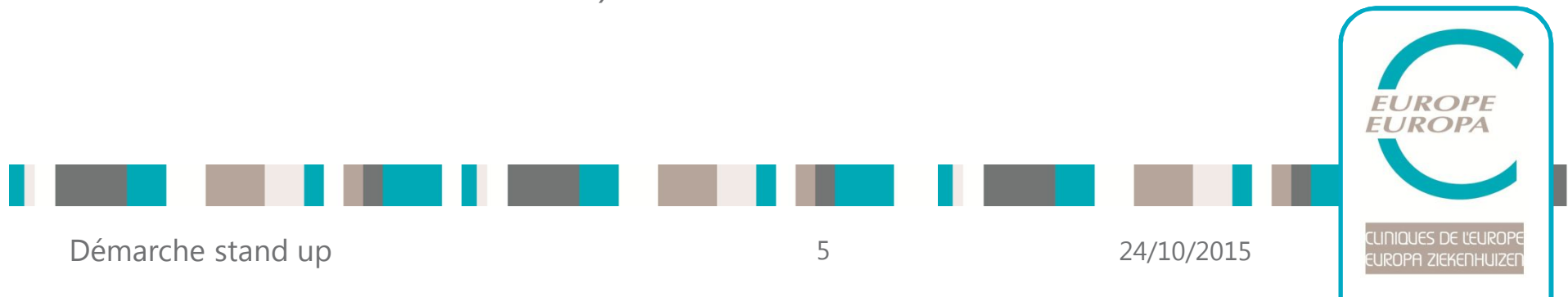


# Raison d'être

## 2013 : LANCEMENT PROCESSUS ACCRÉDITATION JCI

### CONSTATS:

- MANQUE DE CULTURE D'AMÉLIORATION CONTINUE
- PAS DE CULTURE DE LA MESURE (PAS D'INDICATEURS DE PERFORMANCE)
- DES PROCESSUS DE TRAVAIL NON-STANDARDISÉS
- BESOIN GÉNÉRAL DE RETROUVER DU TEMPS POUR LE PATIENT
- LA CULTURE DE SÉCURITÉ DES PATIENTS N'EST PAS TOUJOURS OPTIMALE
- UN POTENTIEL HUMAIN IMPORTANT MAIS INSUFFISAMMENT EXPLOITÉ
- DIFFICULTÉ D'UTILISER LES INCIDENTS COMME SOURCE D'APPRENTISSAGE (PAS DE CULTURE NO SHAME NO BLAME)



# Sources d'inspiration

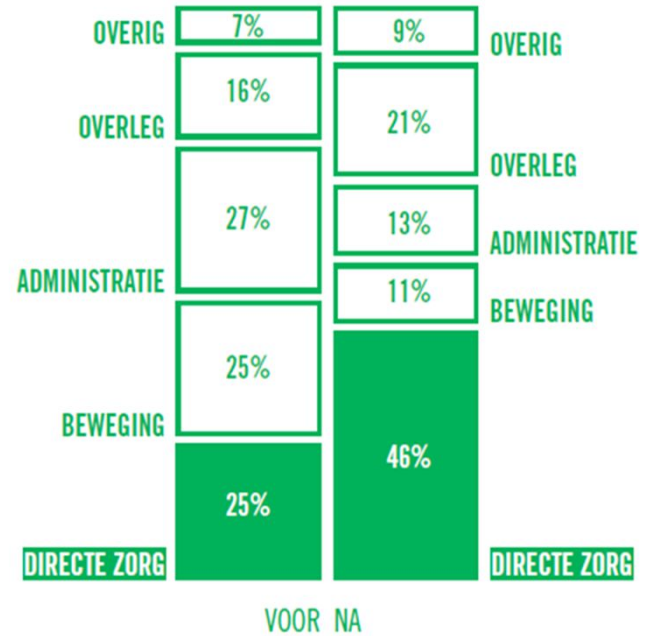
## Sources:

- Expérience du NHS en Angleterre
- Congrès et littérature « Lean management »
- Mont-Godinne & UZA en Belgique

## Bénéfices annoncés: NHS

- Augmentation de la satisfaction patient
- Augmentation des soins directs
- Impact positif sur le personnel soignant
  - Diminution du turnover et du stress
  - Augmentation cohésion d'équipe
- Changement de rôle du chef d'unité
- Diminution des erreurs (ex. médication,...)

## NHS



TJDBESTEDING VERPLEEGAFDELING  
VOOR EN NA INVOERING PRODUCTIVE WARD BRON:NHS



Démarche stand up

6



24/10/2015



# Analyse et constats

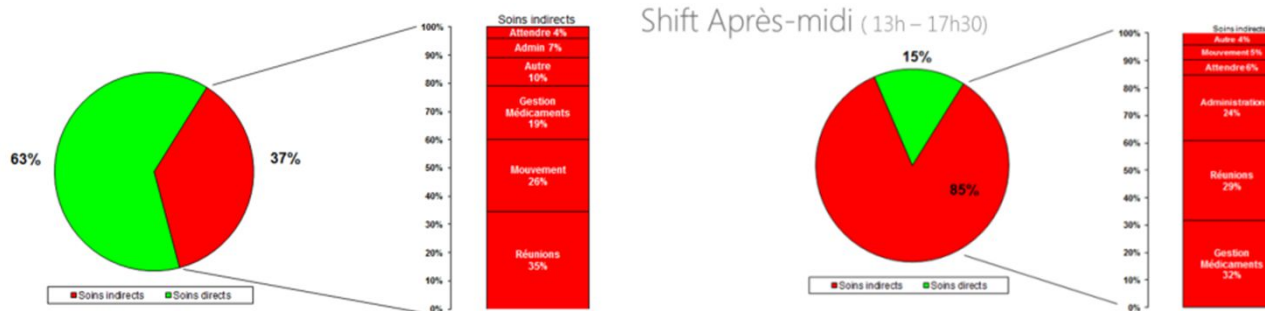


Observation dans 3 unités pilotes: 43 heures d'observation

Recherche des 7+1 gaspillages Lean

(transport- déplacement – attentes – erreurs – stock – surproduction – redondance activité – potentiel humain inexploité)

- Analyse du % de soins directs vs soins indirects = Activité à valeur ajoutée patient vs activité sans valeur



- Recherche des déplacements et de la distance parcourue

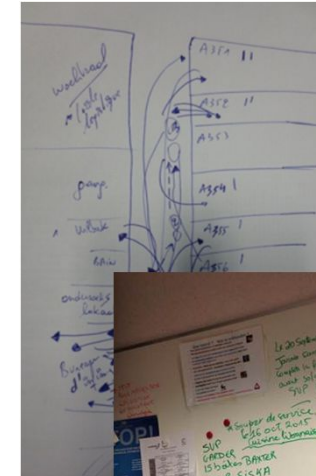
- ( 800m/h ) – 4,8 km / shift

- Diagramme spaghettis



- Fonctionnement de la communication interne

- Briefing inter-shift long et peu structuré, interruptions, perte d'infos
- Canaux de communication peu standardisés



Démarche stand up

7

24/10/2015



# Analyse et constats

## ☐ Mesure du nombre d'interruptions

- ☐ 1 interruption / 13 minutes
- ☐ 5 interruptions / heure

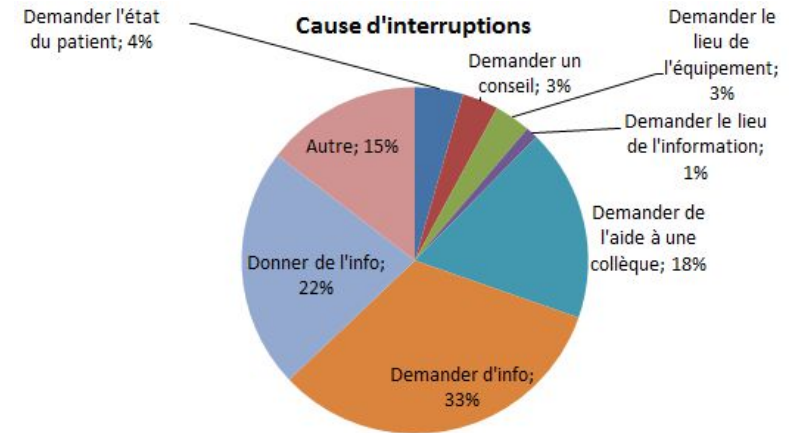
## ☐ Gestion des stocks, utilisation des espaces

- Problèmes de gestion de stocks, rupture de stock, stock peu sécurisé
- Peu de centralisation du matériel, beaucoup de déplacements



## ☐ La sécurité des patients

- Outils d'identification sous-utilisés
- Anamnèse incomplète ou tardive
- Hygiène des mains à améliorer



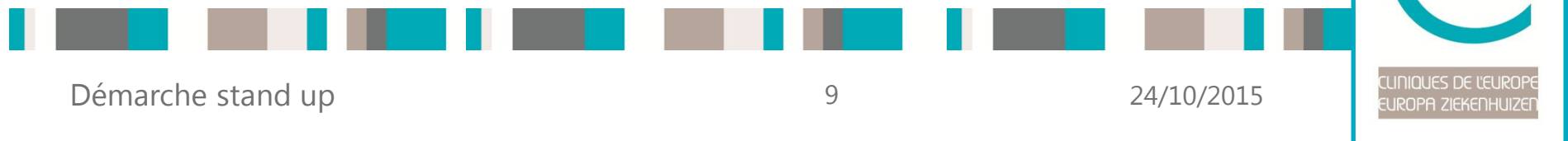


# Objectifs de notre démarche

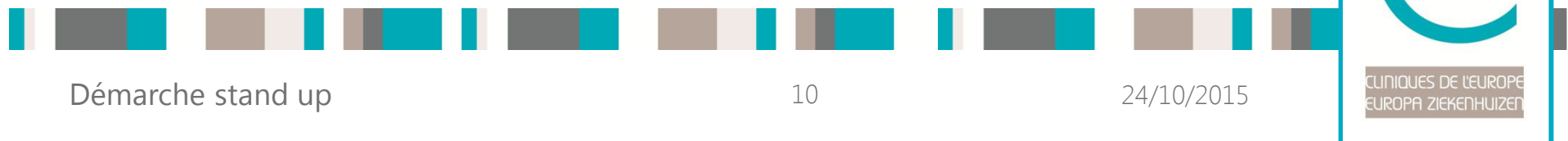
- PATIENT AU CENTRE ET EN SÉCURITÉ
- PERSONNEL IMPLIQUÉ ET SATISFAIT
- ACCRÉDITATION JCI



TOUS ENSEMBLE VERS L'AMÉLIORATION CONTINUE ...



## 2. Démarche Stand up

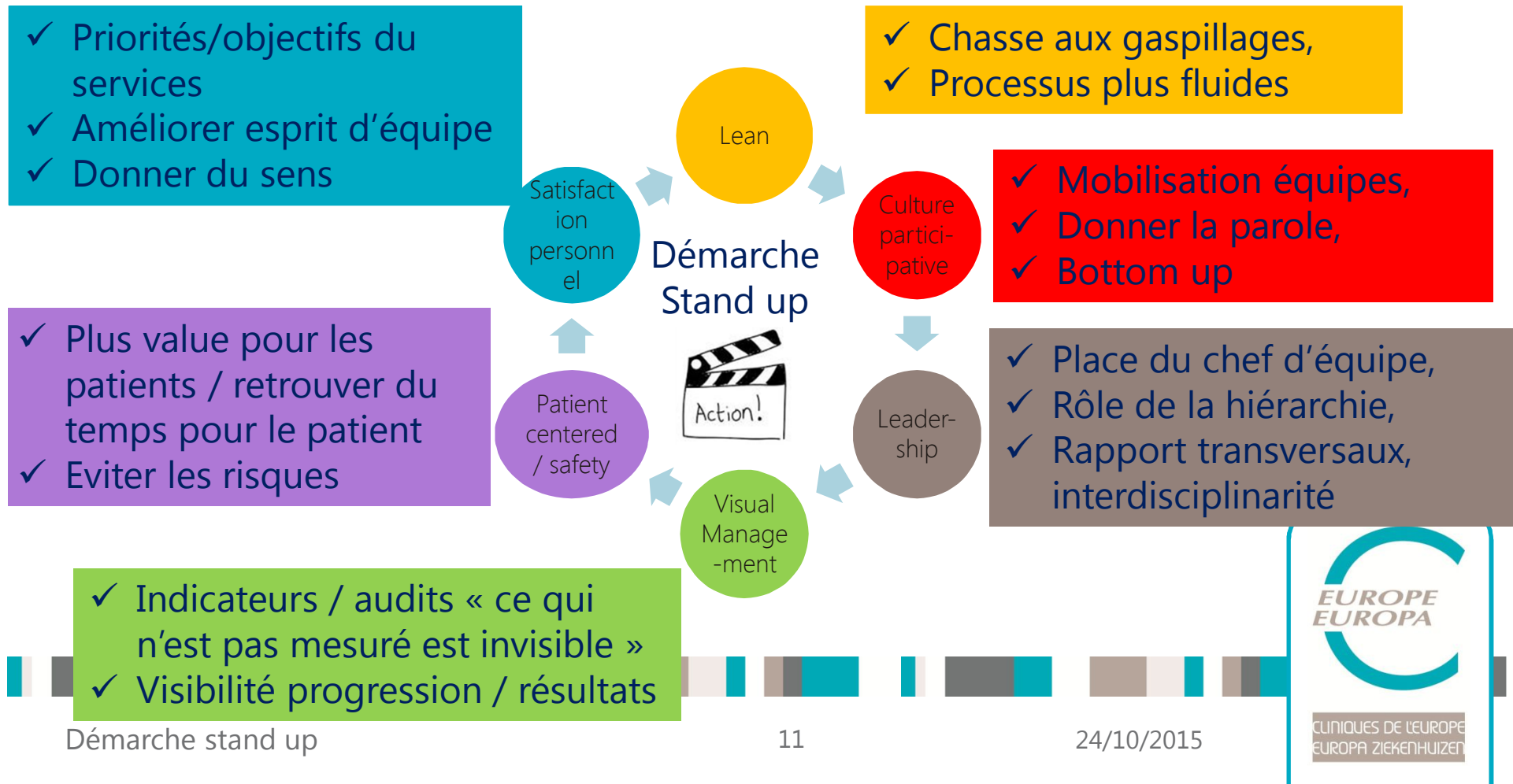


# Définition et Concepts



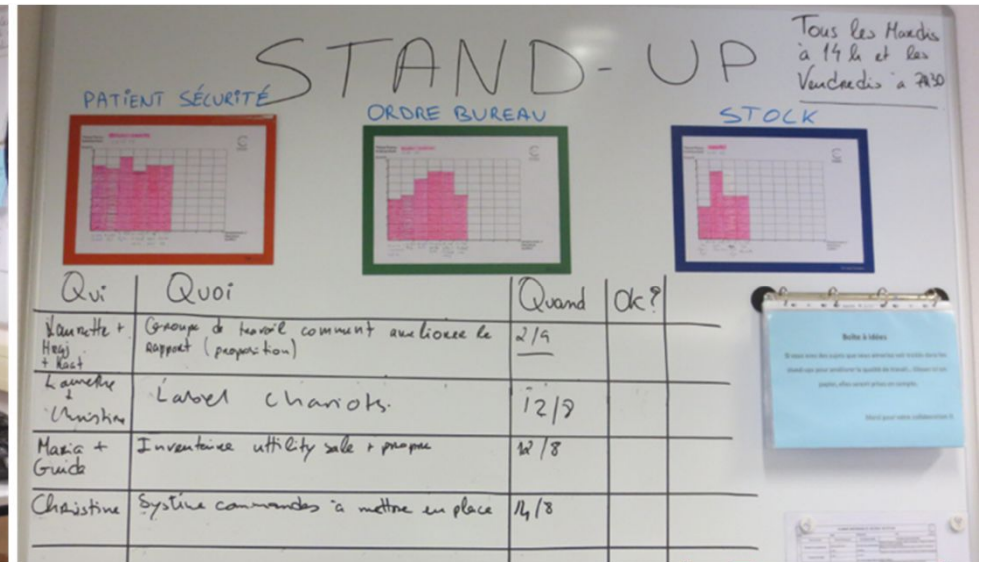
*Mobilisation de tous vers la culture d'amélioration continue*

## *Démarche « stand up »*



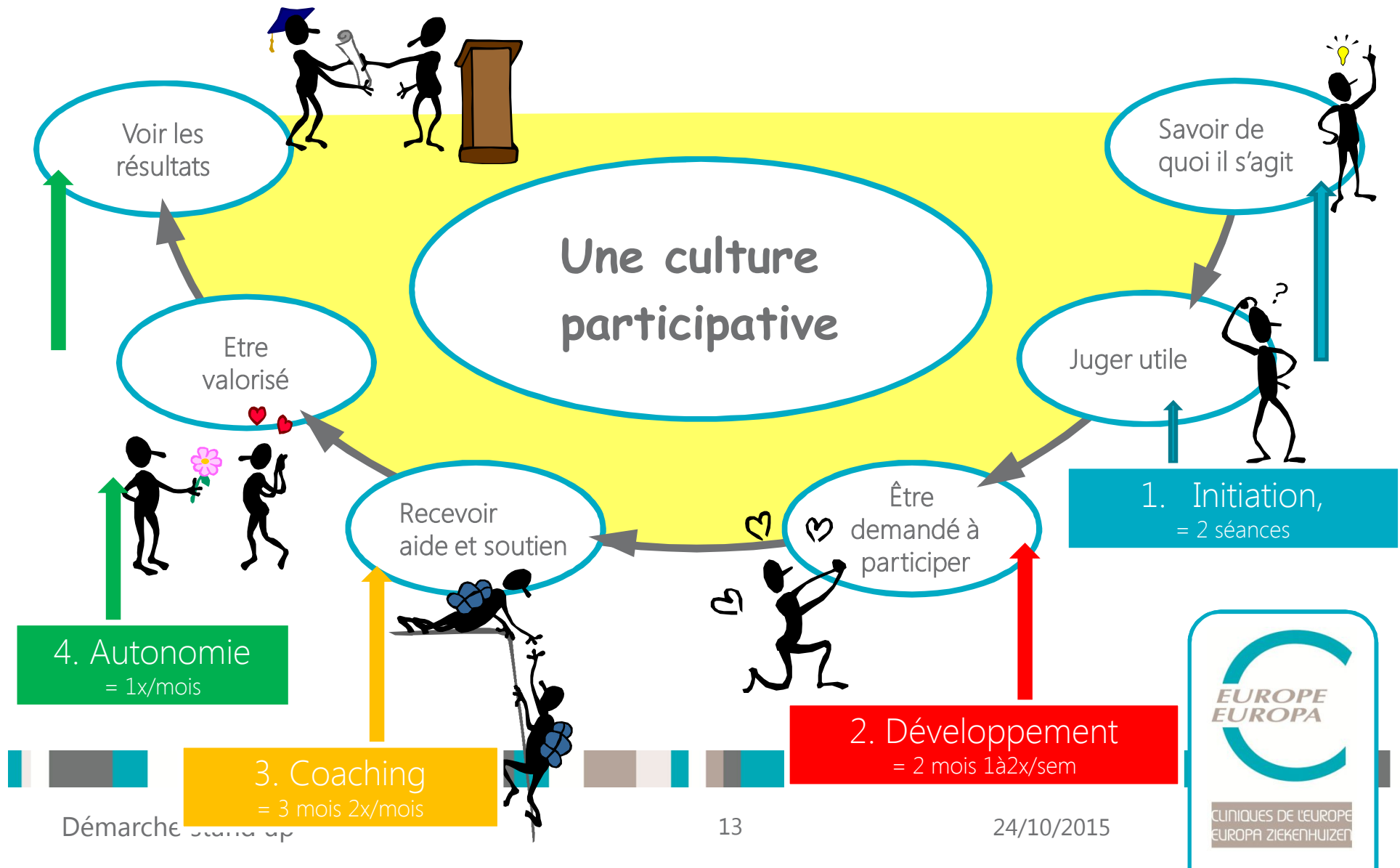
# L'outil proposé: le stand up meeting

- 1 à 2 moments /semaine = réflexion sur la santé du service
- Réflexion commune, participative, dynamique
- Création d'indicateurs et audits par les équipes



# Méthode d'implémentation

basé sur le modèle de Stanwick



# La méthode d'implémentation



Réunion d'information aux chefs de service

visite d'un service actif dans le projet



Présentation du projet

**PATIENT SÉCURITÉ STAND-UP** à 14h et les Vendredi à 20h

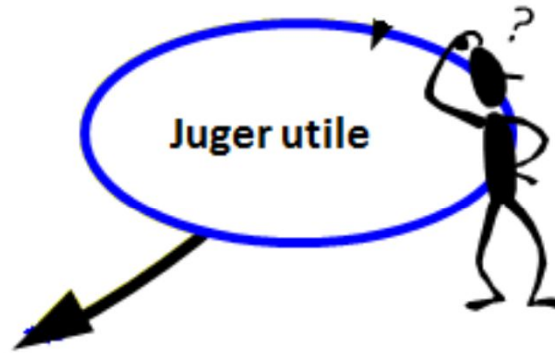
Qui	Quoi	Quand	Ok?
Blancette + Hous + Kist	Group de travail comment améliorer le respect (respectation)	2/9	
Lamerlier + Anstine	Labori chariots	12/9	
Mazic + Gruch	Insurence utility salle + propoc	10/8	
Christine	Système commandes à mettre en place	14/8	



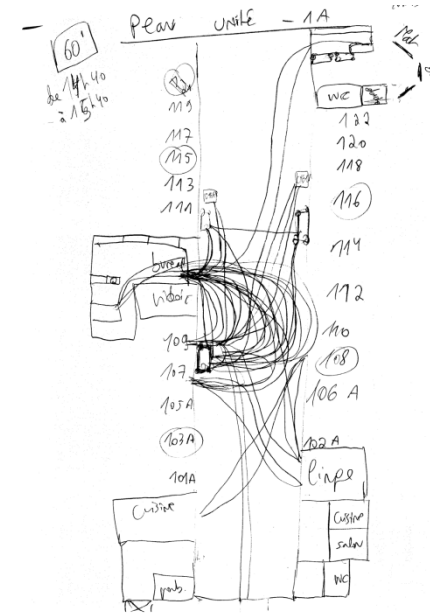
# La méthode d'implémentation



Other glasses,  
waste,  
observations



En quoi ça me concerne?



Observation pour objectiver

Séances de brainstorming irritants / facteurs de réussite



Démarche stand up

Faire le focus sur les forces et les problèmes de l'unité



15

24/10/2015





# La méthode d'implémentation



Tout le monde est impliqué / mobilisé



Travail d'équipe / interdisciplinaire

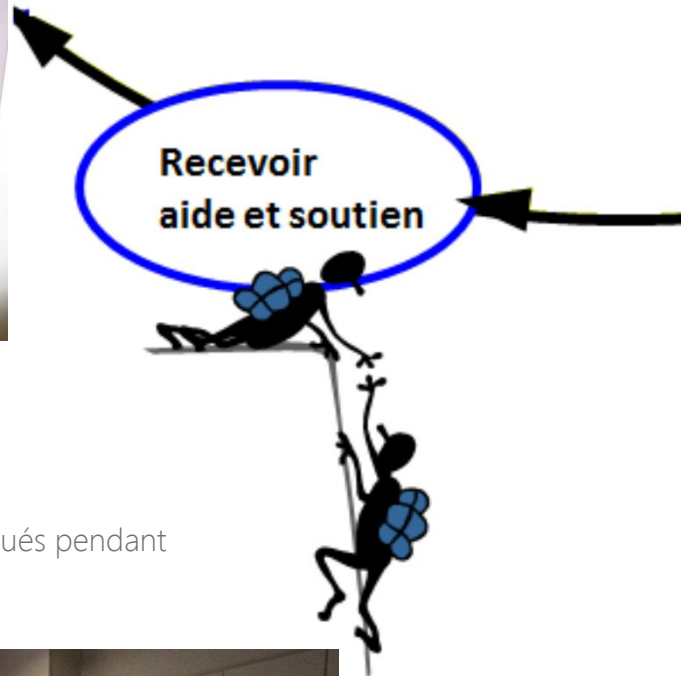
Chacun apporte ses idées



# La méthode d'implémentation



Les care managers impliqués



Des ressources supplémentaires sont alloués pendant les phase les plus actives



Démarche stand up

Le chef de service comme coach pour gérer le stand up

17

24/10/2015

EUROPE  
EUROPA

CLINIQUE DE L'EUROPE  
EUROPA ZIEKENHUIZEN

# La méthode d'implémentation



Créer des indicateurs / graphiques



Whiteboard titled "STAND-UP" showing three bar charts and a table with columns "Qui", "Quoi", "Quand", and "Ok?".

Qui	Quoi	Quand	Ok?
Néanmoins + Hegg + Bick	(groupe de travail comment sur l'usage de l'appareil (proposition))	2/14	
Lamarche + Amisheva	L'arrêt chariot	12/19	
Mario + Gruchet	Inséquence utility seule + pompe	11/18	
Christine	Système commandes à mettre en place	14/18	

Before



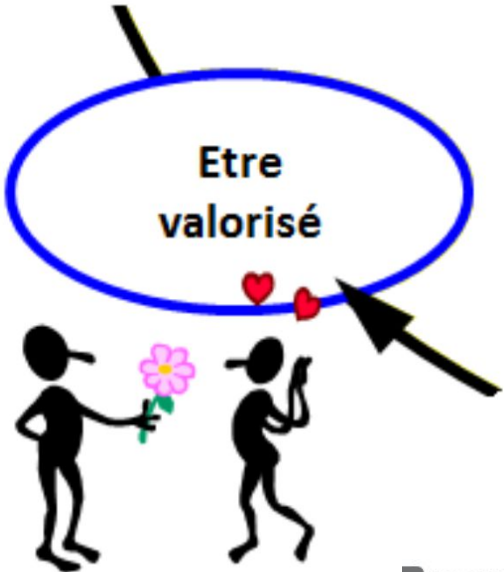
After





# La méthode d'implémentation

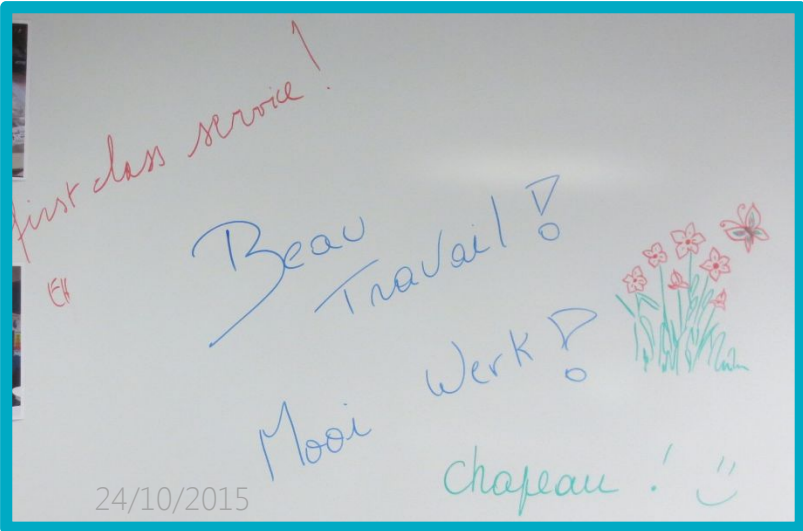
To share successes



GO TO GEMBA....



After 1 week



Démarche stand up

## Newsletter

### LE SERVICE DE QUALITÉ Les unités de soins vers une culture d'amélioration continue

Le but du projet d'amélioration continue est de retrouver du temps pour le patient. Dans ce cadre, deux équipes pilote ont instauré le « stand up » meeting dans leurs unités.

Instaurer un « stand up », signifie que l'équipe met en place un temps de réflexion de 15 minutes, 2 fois par semaine pendant lesquelles sont analysées les performances de l'unité.

On y relève les dysfonctionnements et on propose des pistes d'améliorations. Le stand up permet d'améliorer le fonctionnement de l'unité de soins d'une façon *participative* et *structurée* :

- **Participative**: toute l'équipe (infirmier, aide-logistique, équipe mobile...) est invitée à participer, à proposer des idées et à prendre des initiatives.
- **Structurée**: on n'entame pas plus de 3 domaines d'amélioration en même temps pour lesquels on met en place des mesures afin de connaître l'impact des idées d'amélioration.



PHOTO 1 - L'unité U35 lors d'un « stand-up ». On partage des idées et on définit des actions d'amélioration. L'unité peut déjà se targuer de belles progressions. Félicitations !



PHOTO 2 - Un tableau aide à faciliter la discussion et à visualiser l'avancement. On y trouve les domaines que l'unité est en train d'améliorer (ici : la sécurité du patient, l'ordre du bureau et la gestion des stocks), la liste d'actions et la boîte à idées.



PHOTO 3 - L'équipe de -1A en train d'appliquer la culture d'amélioration continue. L'équipe a pris le relais de l'infirmier en chef (qui était en vacances) pour faire le stand-up. Chapeau !

# 3. Mesures et résultats

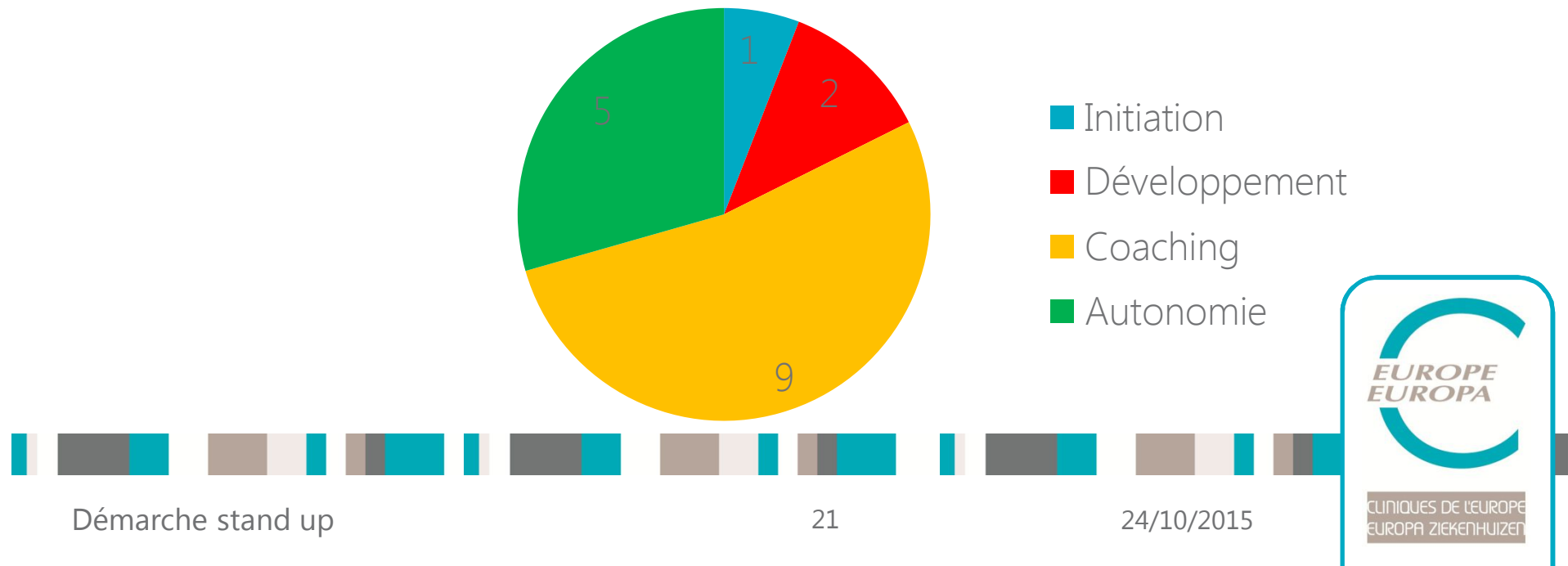


# Quelques chiffres



- = **1 an** : projet inclus dans priorités stratégiques
- **En 1 an** : 25 services ont démarré
  - 17/35 unités de soins et 8 services hors nursing
- **Par semaine** : +/- 250 personnes mobilisées

## Stade actuel Nursing



# Comment amener la culture de la mesure

Outil A3 – résolution de problème

1. Définir le problème
2. Analyser les conséquences
3. Rechercher les causes
4. Mesurer l'état actuel (photos, chiffres, observation, ...)
5. Fixer les objectifs
6. Définir les actions d'amélioration
7. Critères d'évaluation
8. Audits et mesures
9. Valider les gains

CYCLE D'AMELIORATION - VERBETERCYCLUS		Datum start:	Unité - Eenheid:
Thème/thema :		Responsable - Verantwoordelijke :	
PLAN		DO - CHECK - ACT	
<p>1. <b>Wat is het probleem? Quel est le problème? Ou quelle idée d'amélioration ?</b> = définition, de quoi parle-t-on? "5W2H": qui, quoi, où, quand, comment, combien, pourquoi</p>	<p>6. <b>Verbetermaatregel - Mesures d'amélioration</b> QUI ? QUOI? Pour QUAND OK ?</p>	Recevoir du soutien	
<p>2. <b>Welke zijn de gevolgen/effecten van het probleem? Quelles sont les conséquences</b></p>	<p>7. <b>Criteria en datum evaluatie van verbetermaatregelen?</b></p>		
<p>3. <b>Wat is de (kern)oorzaak van het probleem? Quelles sont les causes du problème ?</b> = demander 5 x pourquoi</p>	<p>8. <b>Validation des améliorations et maintien par audits réguliers.</b></p>	Voir les résultats	
<p>4. <b>Wat is de huidige situatie? Comment objectiver, montrer le problème?</b> = mesures simples, photos, graphiques, chiffres</p>	<p>9. <b>Conclusie : consequentie en communicatie</b> = mesures simples, photos, graphiques, chiffres</p>		
<p>5. <b>Wat is de wenselijke situatie? Quelle est la situation souhaitée?</b> = objectif souhaité à long terme "idéaliste":  = objectifs réalistes pour cette 1<sup>ère</sup> étape, et mesurable par audit :</p>		Etre félicité	

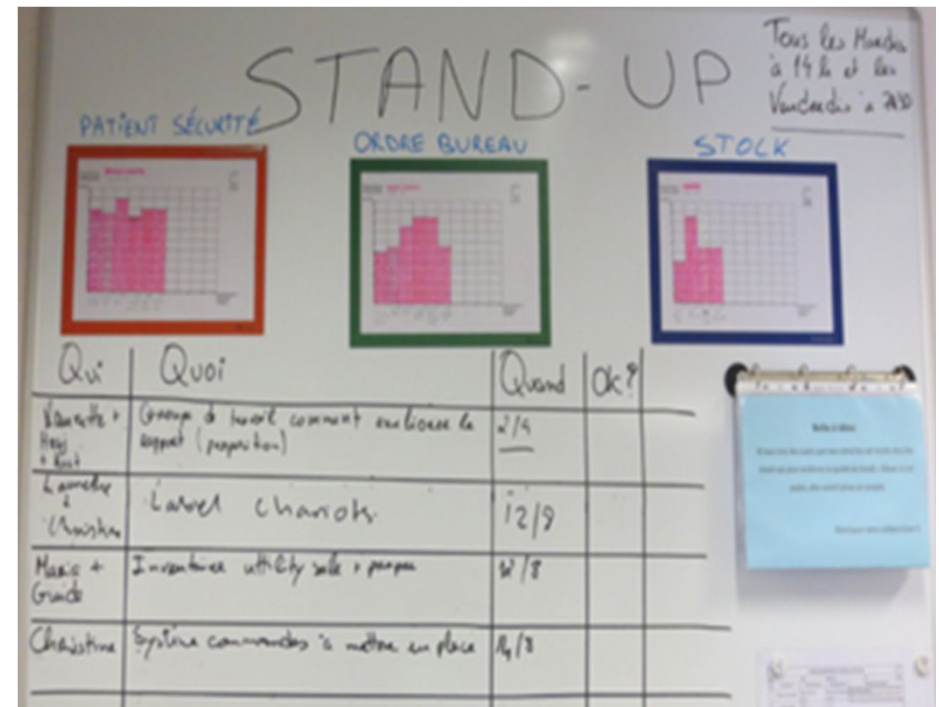
Démarche stand up



# Comment mesure-t-on ?

- Choisir des KPI selon les objectifs de l'équipe
- Créer 1 grille de mesure par thème
- Mesurer chaque semaine jusqu'à acquisition de l'objectif fixé
- Visualiser les résultats sur des graphiques
- Discuter en équipe les résultats et actions d'amélioration
- Maintenir les acquis via audit 1X/ mois

				Oui	Non
durée	1	Est-ce que le briefing < ou = à 30 minutes	J1	1 point	0 point
	2		J2	1 point	0 point
	3		J3	1 point	0 point
	4		J4	1 point	0 point
	5		J5	1 point	0 point
	6		J6	1 point	0 point
	7		J7	1 point	0 point
	Subtotal Identification étiquettes				/7
				Oui	Non
Interruptions	1	Est-ce que le briefing s'est passé sans interruptions? (téléphone, personne qui entre, personne qui sort...)	J1	1 point	0 point
	2		J2	1 point	0 point
	3		J3	1 point	0 point
	4		J4	1 point	0 point
	5		J5	1 point	0 point
	6		J6	1 point	0 point
	7		J7	1 point	0 point
	Subtotal Anamnèse				/7
				Oui	Non
Synoptiques	1	Est-ce que le synoptique a été mis à jour aujourd'hui?	J1	1 point	0 point
	2		J2	1 point	0 point
	3		J3	1 point	0 point
	4		J4	1 point	0 point
	5		J5	1 point	0 point
	6		J6	1 point	0 point
	7		J7	1 point	0 point
	Subtotal Prévention chutes				/7



Theme/a : Patient Safety

Start: 2014 Service/dienst: gériatrie, cardio, méd, psy, dial

**AVANT/VOOR**

**APRES/NA**

**Wat is het probleem? Quel est le problème?**

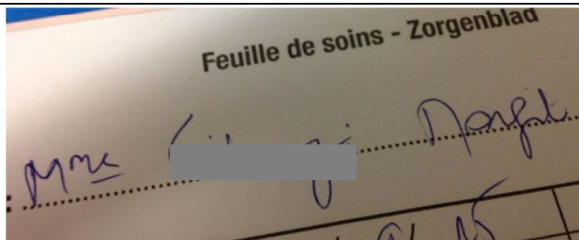
**Verbeteracties - Actions d'amélioration**

- Unités de soins ne répondent pas aux exigences du Patient Safety reprises par l'accréditation JCI
- 3 thèmes sont à améliorer en priorité :
  - identification non conforme
  - informations sur le patient trop tardives
  - hygiène des mains à optimiser
- Equipes sont peu sensibilisées à la thématique

- Sensibilisation sur la thématique avec exemples de presqu'incidents de l'unité
- Discussion autour des presqu'incidents avec test d'actions d'amélioration
- Définition avec l'équipe des items à mesurer
- Discussion chaque semaine des résultats et nouvelles actions d'amélioration

**Photo/foto**

**Photo/foto**

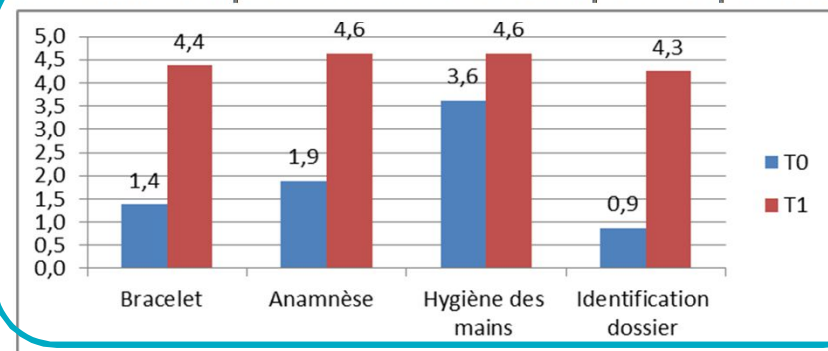


**Wat is de doelstelling? Quel est l'objectif?**

**Audits et résultats**

- Amener les unités de soins à améliorer leurs scores Patient Safety sur 4 items prioritaires :
- Port des bracelets d'identification : 9/10
  - Complétude à 70% des anamnèses < 24h : 8/10
  - Respect de l'hygiène des mains par la présence de solution hydro-alcoolique et l'absence de bijoux/vernis : 9/10
  - Identification des dossiers des patients avec chaque document étiqueté : 9/10

Audit réalisé temps 0 "fin 2014" et temps 1 "sept 2015"



\*\*\* WIN PASS \*\*\*

**Theme : Suivi des patients perfusés**

**Service : médecine/cardio Start : 2015**

**AVANT/VOOR**

**APRES/NA**

**Wat is het probleem? Quel est le problème?**

**Verbeteracties - Actions d'amélioration**

Suivi global des patients perfusés défaillant :  
 - manque de date sur pansements, sur poches perfusions  
 - manque de suivi des changements de cathéters  
 - temps de traitement mal respectés  
 - infection objectivée : 1 septicémie sur KT périphérique  
Stocks perfusions : sur-stock et sous-stock permanents

Création et réalisation d'audit pour objectiver le problème  
 Suivi des résultats d'audit 1x/semaine et sensibilisation  
 Réorganiser les stock, créer de la place et de la visibilité

**Photo/foto - graphique**

**Photo/foto**

Audit des pratiques en mai 2015 = 4,5/10

Qualité des soins aux patients

Stocks :



Stock perfusions ajusté au strict nécessaire : Equipe très fière!



**Wat is de doelstelling? Quel est l'objectif?**

**Audits et résultats**

Améliorer le suivi des patients perfusés (date et changement)

Traitement patient conforme à la prescription

Amélioration du suivi des stock

Obtention de 4/5 sur chaque item de l'audit

Perfusions	mai-15	sept-15
<b>Score total :</b>	<b>53%</b>	<b>90%</b>
Date sur KT	2/5	5/5
Date sur perfusion	2/5	5/5
Date sur trousse	3/5	5/5
Pansement propre	5/5	5/5
Perfusion fonctionnelle	3/5	5/5
Stock virtuel = stock réel	1/5	2/5
avec différentiel en % :	> 30%	< 15%



\*\*\* WIN PASS \*\*\*

Theme/a : Information patients

Service/dienst : psychiatrie

Start : 2015

**AVANT/VOOR**

**APRES/NA**

**Wat is het probleem? Quel est le problème?**

**Verbeteracties - Actions d'amélioration**

Diffusion des infos patients pas adéquate

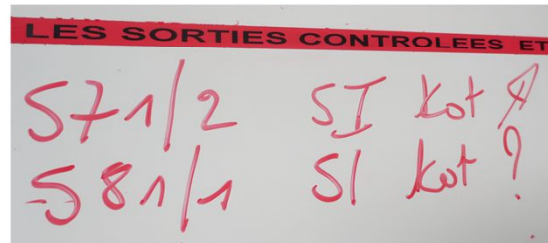
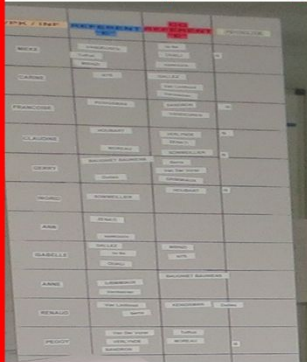
Tableau d'infos :

- pas clair, pas ergonomique, pas simple d'utilisation
- n'est pas consulté par l'équipe multidisciplinaire, ne fonctionne pas

- Brainstorming des besoins avec toutes les disciplines
- Recherches sur internet et choix d'un tableau de planning modulaire et avec codes couleur
- Accord de la direction et installation
- Implication de l'équipe dans l'utilisation

**Photo/foto - graphique**

**Photo/foto**



**Wat is de doelstelling? Quel est l'objectif?**

- avoir un outil de travail multidisciplinaire
- reprenant infos correctes des patients
- outil pratique et simple d'utilisation
- bien présenté et utile pour tous

**Audits et résultats**

Information patients	janv-15	sept-15
Score total :	7%	90%
2 identifiants conformes/patient	0/5	0/5
mise à jour multidisciplinaire	1/5	5/5
accès ergonomique pour tous	0/5	5/5
utilisé quotidiennement	1/5	5/5
codes couleur respectés	0/5	5/5

\*\*\* WIN PASS \*\*\*

**Theme : Ordre et organisation des stocks**

**Start : 2014 Service : onco-pneumo**

**AVANT/VOOR**

**APRES/NA**

**Wat is het probleem? Quel est le problème?**

**Verbeteracties - Actions d'amélioration**

- zone médic : encombré, peu d'espace pour bouger
- utility propre : désorganisé, espace mal utilisé
- perte de temps en allers-retours entre réserves
- mauvaise gestion du stock perfusions

- évacuer le matériel inutilisé
- organiser les espaces et quantités selon les besoins
- déplacer du matériel d'une zone à l'autre
- ajouter et/ou enlever des tablettes

**Photo/foto - graphique**

**Photo/foto**



**Wat is de doelstelling? Quel est l'objectif?**

**Audits et résultats**

- zone médic : clarté, dégagement, propreté
- gain de temps : diminuer les allers-retours, faciliter la gestion correcte des stocks
- gain d'organisation : matériel classé selon les besoins concrets et qui reste rangé dans la durée

Stocks	▼ oct-14	▼ sept-15
<b>Score total :</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>
Y a-t-il un inventaire?	0/5	5/5
Chaque place a un label?	0/5	5/5
5 places au hasard ont stock ok	0/5	5/5
Rien ne traîne par terre?	0/5	5/5
Stock vérifié et signé chaque jour?	0/5	5/5

# 4. Les facteurs limitant

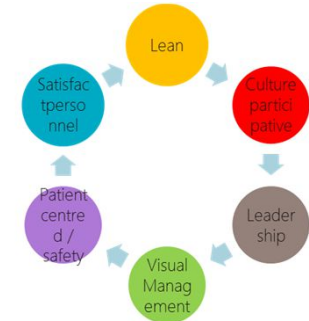


Démarche stand up

24/10/2015



# Constats :



## UNITES

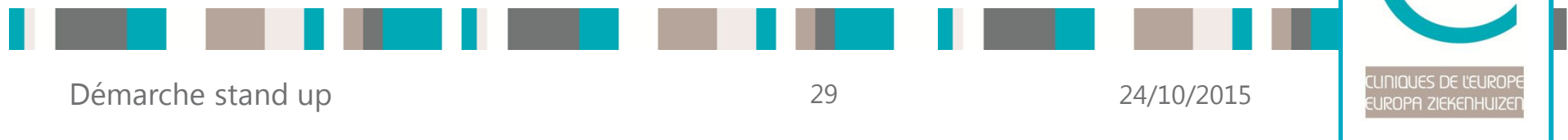
- ✓ Manque d'autonomie de certaines unités
- ✓ Certains styles de leadership résistent à la culture participative
- ✓ Difficulté de s'approprier l'outil
- ✓ Indicateurs présents mais 'amateurs' à professionnaliser et standardiser

## DEPARTEMENT

- ✓ Rôle des responsables du département à mieux définir, Implication essentielle
- ✓ Manque d'utilisation de l'outil et de liens avec les objectifs de département
- ✓ Peu de relais pour les problématiques transversales
- ✓ Pas encore d'outil informatique pour gérer les tableaux de bord

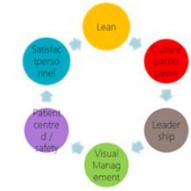
## INSTITUTION

- ✓ Pas d'alignement des objectifs des managers avec la démarche stand up
- ✓ Pas d'outil de visualisation d'indicateurs
- ✓ Organisation encore très en silos, difficulté de gérer des problématiques transversales





# Mise en place de points d'amélioration



## Au sein des unités de soins

- Programme de formation au clinical leadership en 2016
- Commande de nouveaux tableaux plus professionnels

## Au sein du département Nursing

- Démarche stand up initiée en réunion d'infirmier chef
- Campagne/ thème trimestriel autour d'un sujet commun

## Au sein de l'institution

- Journée de sensibilisation des managers:

### Objectifs:

- Mieux exploiter nos facteurs de réussite et soutenir les collaborateurs à les utiliser dans la réalisation de leurs projets, travail, tâches.
- Emmener le management vers la culture participative



Démarche stand up

30

# 5. Vision et objectifs futurs



Démarche stand up

24/10/2015



# Objectifs futurs

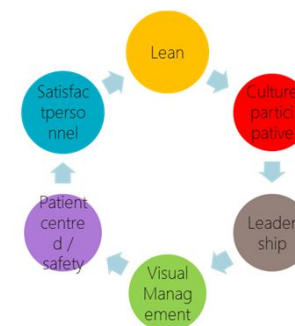
## Déploiement et élargissement:

### ➤ Unités de soins

- 35 unités travaillent avec le stand up
- Autonomie des unités dans le projet → suivi transféré au Département Nursing
- Plateforme d'échange entre unités de soins
- Implication interdisciplinaire à déployer davantage

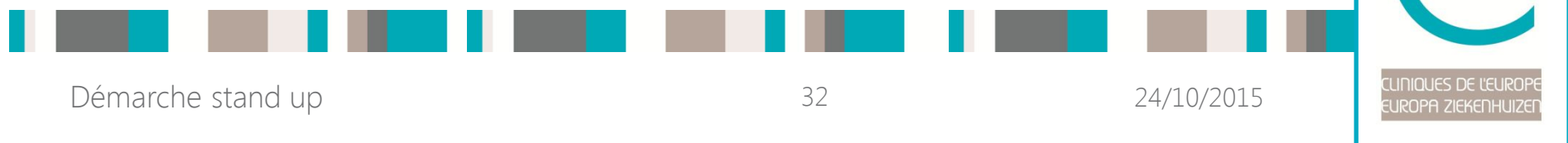
### ➤ Autres départements

- Evolution en parallèle des autres départements : volonté de faciliter les rapports transversaux, créer un langage commun



## Vision:

- Aligner les objectifs de la démarche stand up à ceux du département et de l'institution
- Fluidifier la transmission et l'utilisation de l'information: Bottom-up / Top -down
- Professionnaliser la culture de la mesure et créer du benchmarking



# Conclusion

## Nécessité de créer une nouvelle vision du leadership



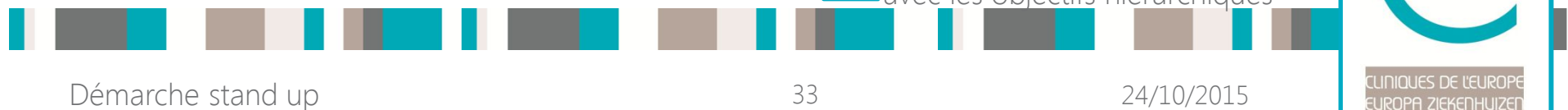
Ancienne vision



Nouvelle vision

- Le chef est l'expert
- Le chef prend les décisions finales
- Le chef surveille et contrôle les employés.
- Le chef décide et indique comment le travail doit être fait
- On perçoit clairement une distinction entre les employés et les responsables; « nous » et « eux ».
- Les KPI sont imposés par la direction

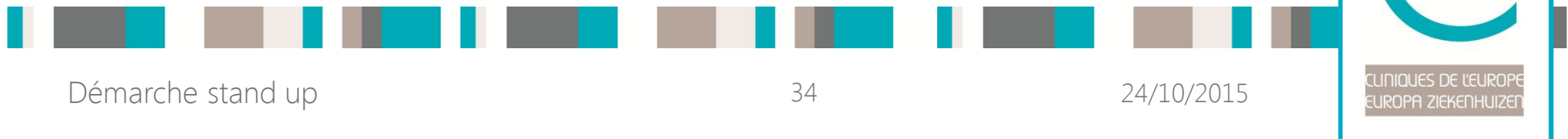
- Les employés ont une expertise et des connaissances uniques, le chef est le coach
- Les employés sont les mieux placés pour prendre les décisions; le chef sollicite la réflexion
- Les systèmes de surveillance sont minimisés ou sont établis collectivement; le chef facilite l'auto-évaluation
- Les employés sont encouragés par le chef à participer à la définition et à la planification du travail à faire.
- Une relation de collaboration est développée entre les superviseurs et les employés.
- Les KPI sont liés aux objectifs d'équipe en lien avec les objectifs hiérarchiques



**« AUCUN DE NOUS NE  
SAIT CE QUE  
NOUS SAVONS TOUS,  
ENSEMBLE. »**

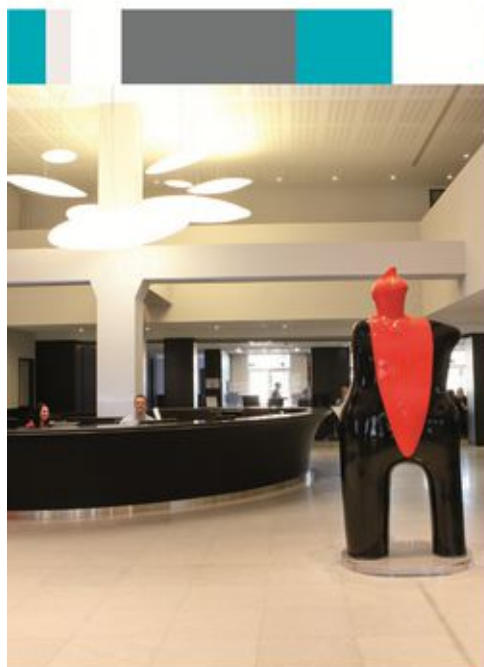
*Euripide, dramaturge*

Merci pour votre attention!!





CLINIQUES DE L'EUROPE  
EUROPA ZIEKENHUIZEN



**SITE STE-ELISABETH  
SITE ST-ELISABETH**

avenue De Fré 206 De Frélaan  
Bruxelles 1180 Brussel  
Tel. : 02-614 20 00

**Urgences 24/24 Spoedgevallen**  
Tel. : 02-614 29 00



**SITE ST-MICHEL  
SITE ST-MICHIEL**

rue de Linthout 150 Linthoutstraat  
Bruxelles 1040 Brussel  
Tel. : 02-614 30 00

**Urgences 24/24 Spoedgevallen**  
Tel. : 02-614 39 00