



Clinique S<sup>t</sup> Pierre  
OTTIGNIES

18  
SPOTs en Stock

N°18 • Août 2013

## SOMMAIRE

- 1 LA POLYCLINIQUE DE LOUVAIN-LA-NEUVE
- 2 LES MARCHÉS PUBLICS : ACTUALITÉ
- 3 TANDEM
- 4 INAUGURATIONS
- 8 DES AUDITS ORGANISATIONNELS AU SEIN DES UNITÉS DE SOINS : CONCEPT INNOVANT
- 12 LA VIE-LÀ

## La Polyclinique de LLN

Comme vous le savez, la Polyclinique de LLN a ouvert ses portes fin Novembre 2012. L'activité y est depuis sans cesse croissante, d'une part grâce aux médecins de Saint-Pierre et de Saint-Luc Woluwé de plus en plus nombreux qui viennent y consulter, mais également grâce à l'ouverture des locaux réservés à la Radiologie ainsi qu'à l'Endoscopie. Les disciplines représentées sont donc actuellement :

- La Chirurgie Plastique
- La Dermatologie
- L'Echographie
- L'Endocrinologie
- L'Endoscopie
- La Gastro-entérologie
- La Génétique
- La Gynécologie
- L'Hépatogastro-entérologie
- L'Imagerie Médicale
- L'Infectiologie
- La Médecine du Sommeil
- La Médecine du Voyage ou Travel Clinic
- La Médecine Interne
- La Médecine Physique
- La Neuro-Pédiatrie
- La Neurologie
- La Neurochirurgie
- L'ORL
- L'Otologie
- L'Orthopédie
- La Pédiatrie
- La Psychiatrie
- La Rhumatologie
- L'Urologie

Des consultations de Psychologie (Troubles du sommeil, périnatalogie, problèmes de couples, enfants...) sont également organisées au sein de la Polyclinique. Par ailleurs tous les matins, les patients peuvent venir effectuer leurs prises de sang. Enfin, les patients apprécieront le parking privé et gratuit réservé à la Polyclinique.



LA POLYCLINIQUE  
de Louvain-la-Neuve

Rue du Traité de Rome 5  
1348 Louvain-la-Neuve  
010 / 23.25.70  
[www.polycliniquelln.be](http://www.polycliniquelln.be)



## Les marchés publics: actualité

*On s'y préparait depuis longtemps...la législation imposant les marchés publics au secteur des hôpitaux privés entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2013.*

### Conséquences ?

Le législateur ayant déterminé que nous dépensons en partie des fonds publics, il nous impose, pour tout achat, le respect de 3 grands principes :

- la mise en concurrence
- l'égalité de traitement
- la transparence

Concrètement, cela signifie que dès le 1<sup>er</sup> juillet 2013, tous les achats de la Clinique dépassant 8.500€ HTVA, sur base annuelle, seront soumis à cette législation et devront faire l'objet d'une procédure.

Les achats récurrents de fournitures ou services similaires, qui individuellement valent moins de 8.500€, mais qui au total de l'année dépassent ce seuil, devront également faire l'objet d'un marché public.

### Quelles procédures ?

Le choix de la procédure se fait essentiellement sur base du montant total du marché (sur toute la durée, options et reconductions comprises).

Les procédures suivantes existent :

- à partir de 8.500€ HTVA et jusqu'à un montant de 85.000€ HTVA, nous ferons un marché public en **procédure négociée**. Un cahier des charges précis doit être rédigé et envoyé à minimum 3 fournisseurs de notre choix. Nous pourrions alors négocier les offres reçues et certains termes du cahier des charges. Le choix de l'offre retenue se fera sur base des critères établis dans le cahier des charges et des offres négociées.
- entre 85.000€ HTVA et 200.000€ HTVA, nous avons le choix entre deux procédures. Soit nous faisons un **appel d'offre avec publicité belge**, auquel cas nous publions notre cahier des charges. Le choix de l'adjudicataire se fera sur base des offres remises et des critères d'attribution définis dans le cahier des charges. Soit nous faisons une **procédure négociée directe avec publicité**. Nous publions également notre cahier des charges, mais, dans ce cas, nous pourrions négocier les offres reçues avant d'opérer un choix sur base des critères d'attribution.
- Au-delà de 200.000€ HTVA, nous devons faire un **appel d'offre européen**. Dans ce cas, le cahier des charges est publié et nous recevons différentes offres. Ces offres sont analysées et le choix est opéré sur base des critères d'attribution définis dans le cahier des charges. Aucune négociation n'est possible.

D'autres procédures existent également, tels que les accords-cadres ou d'autres procédures négociées d'exception.

### Implication des services

On le voit, une procédure marché public prend du temps et entraîne parfois des changements. Il est donc important :

- D'anticiper autant que possible les achats ou les contrats de fournitures/services à mettre en place ;
- De décrire correctement ses besoins. L'utilisateur obtiendra alors toujours des fournitures ou des services correspondant à ses exigences, même s'il ne s'agit pas exactement de ce qu'il espérait.

Il est donc primordial de concevoir des cahiers des charges aussi précis que possible, sans pour autant limiter la concurrence. En effet, au-delà du choix de critères d'attribution pertinents, **il est très important d'établir des spécifications techniques minimales assurant d'obtenir des fournitures ou services répondant à nos besoins. L'implication des utilisateurs est donc essentielle, car eux seuls peuvent correctement définir leurs besoins.**

L'objectif du législateur est quant à lui tout à fait louable puisque l'idée initiale est de permettre une plus grande transparence et une réelle mise en concurrence dans le choix des fournisseurs.

### Risques

Le risque encouru si nous ne respectons pas les règles établies est, tant que nous n'avons pas un organe de contrôle, un recours d'un fournisseur qui aurait voulu avoir l'opportunité de remettre une offre. Celui-ci peut dès lors nous contraindre à organiser un marché public et réclamer des indemnités de l'ordre de 10 % de la valeur potentielle du marché.

D'autre part, si notre cahier des charges n'est pas assez complet, nous pourrions nous retrouver avec un fournisseur qui ne répond pas totalement à nos attentes, celles-ci n'ayant pas totalement été décrites. Néanmoins, nous pourrions toujours décider de ne pas attribuer le marché et relancer une procédure, mais l'achat sera retardé.

### Cellule Marchés Publics

En interne, une équipe « marchés publics » a été constituée pour piloter toute la procédure marché public, en assistant un maximum l'utilisateur dans la confection de son cahier des charges, en prenant en charge différentes étapes de la procédure et en assurant le respect de la législation. ■

Cl. Van Nieuwenhove



Claire van Nieuwenhove, coordinatrice de la Cellule Marchés Publics, est disponible pour répondre à toutes les questions.

010/40.04.91  
cl.vannieuwenhove@clinique-saint-pierre.be)

# TAnDem

Thérapie conjointe du patient atteint de maladie neuroDégénérative et de son Aidant proche.

*En juin dernier, le projet TAnDem, développé par l'équipe de la Clinique de la mémoire, a reçu le soutien du Fonds Laduron et de la Fondation Roi Baudouin.*

Depuis la création de la Clinique de la Mémoire en 2004, des consultations de counseling avaient déjà été mises en place pour les aidants-proches de patients atteints de troubles cognitivo-comportementaux dans le cadre de pathologies neurodégénératives telles que la maladie d'Alzheimer. Ces séances permettent d'offrir un accompagnement individuel dans aidants et tentent de répondre à leurs questions concernant la prise en charge au quotidien de leurs proches. Le projet TAnDem a été développé pour répondre à une demande de prise en charge plus large et centrée à la fois sur les patients et leur famille.

L'aspect novateur du projet est double: la prise en charge vise de manière conjointe le patient et son aidant, et des séances d'activité physique sont proposées aux patients. Concrètement plusieurs modules par an, d'une durée de 12 semaines, seront proposés au binôme patient/aidant(s).

L'objectif principal de ce projet consiste à prendre en charge conjointement le patient et son proche dans le but d'améliorer leur qualité de vie à tous les deux et de diminuer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne.

En effet, des études ont démontré les bénéfices :

- de l'activité physique adaptée régulière sur le fonctionnement cérébral du patient, entraînant une diminution des affects dépressifs, des chutes ainsi que du nombre d'hospitalisations. Le caractère régulier et collectif des séances a aussi un effet structurant et resocialisant.
- des séances de psychoéducation auprès des aidants, qui permettent une diminution durable de l'anxiété et des affects dépressifs des aidants, ainsi que de la charge ressentie et l'épuisement.

Concrètement :

**Le patient** bénéficiera de 24 séances collectives d'activité physique adaptée et réalisées par un kinésithérapeute (2 séances par semaine, d'1h30 chacune). Développées sur base des recommandations de l'American College of Sports Medicine



pour les plus de 65 ans et adaptées aux patients fragilisés par les troubles cognitifs, ces séances auront pour objectif de travailler le renforcement musculaire, l'endurance, la souplesse, l'équilibre et des changements de postures. Ce module se déroulera dans un premier temps en collaboration avec l'ASBL Gymsana qui organise des programmes d'activités physiques adaptées pour les personnes âgées atteintes de pathologies chroniques comme l'Alzheimer ou le Parkinson. Le relais pourrait ensuite être pris, après formation, par l'équipe de kinés en collaboration avec le service de Médecine Physique de CSPO.

Parallèlement, **l'aidant** participera à 6 séances collectives (1 séance toutes les 2 semaines) de psychoéducation menées par l'équipe des neuro-psychologues. Ces séances de groupe permettront le partage d'expériences, favoriseront l'entraide, valoriseront leurs compétences et renforceront le sentiment d'appartenance à une communauté. Des informations générales sur la maladie et son évolution seront données mais les séances se veulent aussi pratiques et centrées sur la gestion au quotidien des troubles cognitifs et comportementaux. Chaque aidant bénéficiera par ailleurs de 2 séances individuelles avec la neuropsychologue afin d'aborder ces thèmes de manière plus personnelle. Le neurologue sera également présent à 2 reprises au cours du cycle. ■

Valérie Dehon  
Olivia Ghysens  
Julie Nootens  
et Dr Gaëtane Picard



## Inaugurations

*Nous avons inauguré, vendredi 14 juin dernier, les nouveaux locaux des services*

Pour rappel, il s'agit de la 3<sup>ème</sup> phase du plan global de rénovation entamé il y a maintenant plusieurs années :

- **Première phase de 2005 à 2010** : rénovation des chambres et staffs infirmiers.
- **Deuxième phase entamée dès 2007** : construction de l'aile 800 permettant à une douzaine de disciplines de disposer de nouveaux locaux pour les consultations (inauguration de l'aile 800 en 2010). Ouverture de nouveaux locaux en Sénologie, médecine Nucléaire et Radiothérapie. Nouveau pavillon pour le service de Psychiatrie.
- **Troisième phase démarrée en 2010** lors du déménagement des 12 disciplines transférées à l'aile 800 : rénovation des locaux libérés et agrandissement des surfaces disponibles pour les autres disciplines.

L'inauguration de ce 14 juin concernait donc :

- Gynécologie qui dispose maintenant de 7 cabinets de consultations et d'un cabinet de consultation en urgence, tous équipés d'un appareil d'échographie. Par ailleurs, on y trouve également 2 locaux d'échographies équipés de matériel à la pointe ainsi qu'un double local de monitoring obstétrical.
- Endoscopie multidisciplinaire qui dispose de nouveaux locaux d'accueil et de consultation, de deux salles d'endoscopie full équipées adaptées aux examens sous narcose dédiées à l'endoscopie des voies digestives et respiratoires, d'une salle consacrée aux examens fonctionnels et d'une salle entièrement destinée à l'urologie. Un vaste espace est consacré à la pré-médication et au repos pouvant accueillir 8 patients répartis dans des box autour d'un desk de surveillance infirmier. Le service dispose également d'une zone spécifique dédiée à la désinfection automatisée des appareils.



### Le service de Gynécologie

Le service de gynécologie de la Clinique Saint-Pierre Ottignies compte 9 gynécologues, chacun pratiquant la gynécologie obstétrique générale et possédant de plus ses sous-spécialités. Grâce à cette complémentarité et au travail en équipe, nous pouvons assurer la prise en charge de tous problèmes gynécologiques ou obstétricaux.

#### L'activité du service se répartit en 3 pôles :

- L'obstétrique
- La gynécologie
- La procréation médicalement assistée

En termes d'activité, l'obstétrique représente cependant près de 40 % de l'activité du service.

1420 accouchements ont été pratiqués en 2012, soit près de 4 naissances par jour. Le suivi de grossesse se traduit par de simples consultations mensuelles ponctuées par 3 échographies importantes permettant de déceler les éventuels malformations ou maladies : à 12 semaines, à 22 semaines et finalement à 32 semaines. Notre unité de diagnostic anténatal dispose d'un tout nouveau matériel performant et réalise les échographies morphologiques (y compris du premier trimestre), les amniocentèses, les choriocentèses et le suivi des grossesses pathologiques à risque.

Le service travaille également avec quelques gynécologues externes. Dans le cadre de leur collaboration, ces spécialistes réfèrent leur patientes pour les échographies spécifiques (à

12, 22 et 32 semaines) et viennent pratiquer l'accouchement dans les salles de naissance de l'institution.

Dans le secteur de la gynécologie, nous pratiquons l'ensemble des techniques chirurgicales utilisées en gynécologie : entre autre les laparoscopies, les hystérectomies (réalisées dans la majorité des cas par voie vaginale ou par voie laparoscopique).

#### Les spécialistes du service travaillent en collaboration avec d'autres services tels que :

- la clinique du sein, entité à part entière depuis près de 15 ans maintenant et qui n'a de cesse d'augmenter son activité. Les Drs Verougstraete et Malvaux font partie de cette équipe. Dans le giron de la Clinique du Sein, un nouveau projet d'accompagnement des patientes dans l'après maladie est en cours de réalisation : La Vie-Là ;
- l'endoscopie : le Dr Longueville traite le Human Papilloma Virus (HPV) par laser ;
- l'hôpital de jour chirurgical pour les petites interventions chirurgicales (curetage, résection endométriale, laparoscopie simple, laser du col).

Enfin, l'unité de procréation médicalement assistée permet la prise en charge globale des problèmes de stérilité qu'ils soient d'origine féminine ou masculine, du diagnostic au traitement avec y compris les stimulations ovariennes et la fécondation in vitro. ■

Dr J-C. Verougstraete

*de Gynécologie, Endoscopie et Urgences.*

- Urgences. Notre institution accueille un nombre impressionnant d'urgences (la barre des 40.000 visites a été franchie en 2012). La nouvelle zone désormais affectée à cette activité, plus de 2 fois plus grande qu'antérieurement, a fait l'objet de réflexions importantes des équipes médicales et soignantes poussant à une réorganisation complète de la prise en charge du patient.

Voici les cartes de visites de chacun des services inaugurés :

### L'Endoscopie

Notre service de gastro-entérologie a vu son activité d'endoscopie, qui représente près de 50 % de son activité totale, doubler au cours de la dernière décennie. L'agrandissement des surfaces ainsi que la rénovation des locaux médico-techniques, infirmiers et des accès pour les visiteurs s'imposaient de manière criante. Les nouveaux locaux combinant salle d'attente, cabinets de consultation, salles d'endoscopie et boxes de réveil sous surveillance infirmière permettent dorénavant un accueil serein et optimisé tant pour les patients ambulatoires que pour les patients hospitalisés avec accès séparés.

L'endoscopie des voies digestives permet à la fois le diagnostic et le traitement de nombreuses affections du système digestif. Les endoscopes de dernière génération sont équipés en haute définition d'image vidéo. L'endoscopie comprend la gastroscopie, la rectosigmoidoscopie, la colonoscopie, la cholangio-pancréatographie rétrograde permettant de visualiser les lésions et d'en pratiquer des biopsies ainsi que leur prolongement thérapeutique : traitement des hémorragies, ablation des lésions (polypes, tumeurs de petite taille), dilatation des sténoses (rétrécissement), pose de prothèses, extractions des calculs bilio-pancréatiques, ponctions de kystes etc. L'écho-endoscopie permet en outre de visualiser par l'échographie au-delà de la paroi visualisée et de réaliser des ponctions-biopsies des organes adjacents et de pratiquer des ponctions de collections ou d'abcès sous contrôle échographique.

Si certaines endoscopies simples et courtes peuvent se pratiquer sous injection d'un simple sédatif, les actes plus complexes ou potentiellement douloureux comme par exemple la colonoscopie se réalisent sous anesthésie avec la collaboration des anesthésistes. Un équivalent temps plein d'anesthésiste est affecté au service. La colonoscopie de dépistage des polypes et cancers du gros intestin s'est considérablement développée ces dernières années encouragée par les campagnes de dépistage organisées par la Communauté Française. La disposition architecturale et fonctionnelle du nouveau service nous permet entre autre d'assurer de manière optimale notre participation à cette campagne de dépistage et d'accueillir nos patients dans un environnement lui assurant le meilleur confort. Nous avons veillé dans la conception du service à mettre à la disposition de nos patients une salle de réveil et de repos après examen sous narcose munie de boxes individuels assurant à la fois une intimité et une surveillance sécurisée.

En plus du matériel dernier cri des salles d'intervention, une attention particulière a été portée à la désinfection automatisée des endoscopes et ustensiles. La conception du service a veillé à un accès direct et contigu des salles d'exams à la salle de désinfection dont les étapes sont tracées.

Le service dispose également d'une salle spécifiquement destinée à l'urologie (cystoscopie vidéo-électronique avec du matériel à usage unique, échographie prostatique, urodynamique) et certains actes de gynécologie (traitement au laser des affections du col utérin).

Les locaux sont partagés avec le service de pneumologie pour ce qui concerne l'endoscopie du système respiratoire (bronchoscopie et pleuroscopie).

Enfin, une salle réservée actuellement aux tests fonctionnels digestifs (Ph-métrie oesophagienne, test au lactose, test respiratoire à l'urée destiné à la détection de l'Helicobacter Pylori, l'agent causal des gastrites et des ulcères et test de fonction du foie). Cette salle pourra à terme, si la discipline continue son trend d'expansion des 10 dernières années, être aménagée en salle d'intervention.

L'équipe médicale du service de gastro-entérologie est composée de cinq gastro-entérologues,

- le Dr De Koninck (chef de service)
- le Dr Coche
- le Dr Aouattah
- le Dr Covas
- le Dr Debongnie

L'activité endoscopique et fonctionnelle urologique pratiquée dans les locaux d'endoscopie est assurée par les Docteurs Jorion, Dardenne et Timmermans et l'endoscopie bronchique par les Docteurs Lebrun, Carestia et Noel.

Le staff infirmier travaillant en endoscopie comprend dix infirmier(e)s pour un total de six équivalents temps-pleins. Deux secrétaires assurent la permanence de l'accueil, des rendez-vous et la rédaction des rapports d'exams. ■

Dr X. De Koninck



## Le service des Urgences

Notre service des Urgences accueille en moyenne plus de 110 patients par jour. Les jours d'affluence, plus de 160 patients sont pris en charge dans le service. Environ 23 % de ces patients sont hospitalisés. 46 % de toutes les hospitalisations de la clinique se font via la salle d'urgence. En 2006, il y avait en moyenne 95 patients par jour, et le service était déjà saturé, car conçu pour l'accueil de 50 patients par jour.

Il était donc indispensable d'agrandir le service... Les travaux ont débuté en 2010 et ont été réalisés en plusieurs phases : d'abord le garage pour l'accueil des ambulances, puis un premier déménagement en mai 2012, dans une première partie du service modernisée, et enfin ce 18 juin 2012, un déménagement définitif dans le nouveau service.

### Le service des urgences est composé d' :

- Une équipe médicale de 22 médecins (spécialistes en médecine d'urgence, spécialistes en médecine aiguë ou généralistes brevetés), chapeautés par 3 spécialistes en médecine d'urgence ;
- Une équipe d'environ 40 infirmiers assurant également une permanence 24h sur 24, avec le renfort de quelques aides-soignants ;
- Un secrétariat médical pour la gestion des dossiers et de tout le versant administratif, tant au niveau des patients que des médecins ;
- Un secrétariat administratif pour l'accueil administratif des patients de 8h jusque 24h ;
- Des aides-soignants, et du personnel logistique (équipe nettoyage, maintenance du matériel, ...).

Lors de son arrivée aux urgences, le patient est inscrit au secrétariat d'accueil. Il est ensuite pris en charge dans un premier temps par une infirmière dédiée à l'accueil et au triage des patients.

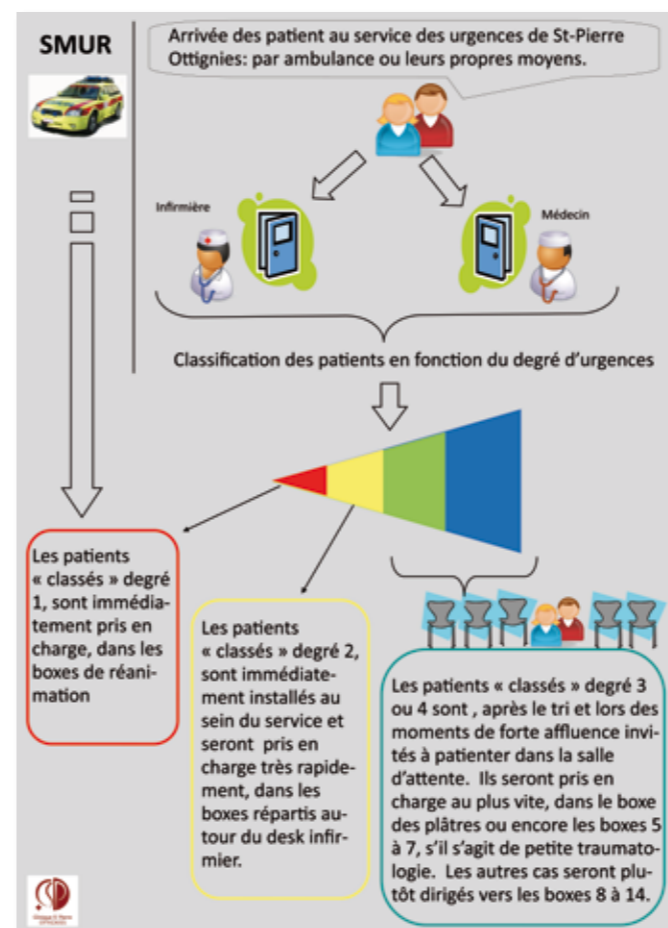
En fonction de l'histoire et de certains paramètres cliniques, le patient est « trié » selon une échelle de tri codifiée et un degré d'urgence lui est attribué (échelle de tri Suisse). Ce degré d'urgence permet de hiérarchiser la prise en charge des patients, du plus grave au moins grave. La priorité ne se faisant pas en fonction de l'heure d'arrivée, mais du degré d'urgence, depuis l'urgence vitale (degré 1) à un degré d'urgence ou le temps ne risque pas d'aggraver le problème du patient (degré 4). Ce tri permet aussi une prise en charge la plus rapide possible de la douleur.

Ensuite, le patient sera orienté :

- soit vers une « filière courte », pour les patients pouvant être pris en charge dans une cabine de consultation et ne nécessitant pas de prise en charge complexe (par exemple une grande partie de la « petite » traumatologie, les consultations simples) le but étant d'éviter l'engorgement du service ;
- soit dans le service, où il sera installé et pris en charge dès que possible, mais en fonction de la gravité, dans la zone de soins adéquate.

- ➔ Les 3 salles de réanimation accueilleront bien entendu les urgences vitales
- ➔ Les 6 box répartis directement autour du desk infirmier principal permettront d'accueillir les situations urgentes à semi-urgentes
- ➔ Un peu plus loin, la salle des plâtres ainsi que les 3 box dans le prolongement permettront d'accueillir ce qui concerne la traumatologie, les sutures, les plâtres

<b>Degré 1</b> <i>Urgence vitale</i> Exemples ⇒ Suspicion d'AVC ⇒ Polytraumatisme ⇒ Infarctus ⇒ Coma	Situation aiguë pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe si la prise en charge n'est pas immédiate. <b>Aucun délai d'attente</b>
<b>Degré 2</b> <i>Situation urgente</i> Exemples ⇒ Tentative de suicide ⇒ Traumatisme crânien ⇒ Crise d'asthme ⇒ Fracture ouverte de la jambe	La situation urgente n'engage pas le pronostic vital, mais est susceptible de s'aggraver rapidement. <b>Prise en charge dans les 30 minutes</b>
<b>Degré 3</b> <i>Situation semi-urgente</i> Exemples ⇒ Traumatisme du genou ⇒ Douleurs abdominales ⇒ Calcul rénal ⇒ Pneumonie	L'état de santé est jugé stable à l'arrivée et ne risque pas de se dégrader rapidement. <b>Prise en charge si possible dans les 2 heures</b>
<b>Degré 4</b> <i>Situation non urgente</i> Exemples ⇒ Lumbago ⇒ Infection urinaire ⇒ Plaque superficielle ⇒ Syndrome grippal	Elle correspond à un cas pour lequel le temps ne constitue pas un facteur déterminant (pas d'aggravation du problème dans le temps). <b>Délai indéterminé, facteur temps non pertinent</b>



- ➔ Les 7 derniers box accueilleront quant à eux les patients nécessitant une prise en charge dans un box, mais dont l'état clinique est plus stable.
- ➔ Enfin, le service dispose maintenant de 4 lits d'hospitalisation provisoire, dans lesquelles des patients nécessitant une observation de moins de 24h peuvent être installés. Ce sont des patients nécessitant une surveillance courte, ou bien la réalisation d'exams complémentaires de contrôle, mais d'une durée qui ne dépasse pas 24h.

La prise en charge des patients par le service des urgences peut également se poursuivre dans l'unité d'hospitalisation de courte durée, pour de courtes hospitalisations d'une durée de 72h maximum. Ce service accueille chaque année près de 600 patients. ■

Dr J-P. Pelgrim

## Le Fonds Laduron soutient le tri

La Bourse du Fonds Laduron a été attribuée cette année au projet de tri en salle d'urgence.

Le tri en salle d'urgence consiste à établir une priorité dans la prise en charge des patients en salle d'urgence, pas en fonction de l'ordre d'arrivée, mais de la gravité de la situation. Cela semble évident, mais lorsque plus de 150 patients se présentent sur 24h, ça ne s'improvise pas, et le challenge est d'évaluer le plus rapidement et le plus efficacement possible la gravité de la situation, d'une manière fiable et reproductible, quelle que soit l'infirmier qui trie. Pour cela, il faut utiliser des échelles de tri validées.

Ce projet a démarré fin 2011 : 5 infirmiers (Stéphanie Collet, Thierry Dechef, Sébastien Furnemont, Anja Marivoet, Josianne Vassart) et le Docteur Terneu se sont réunis et ont réfléchi à la manière d'instaurer le Tri en salle d'urgence. Ce tri devait être effectué durant la période des travaux et puis dans le service définitif.

Le choix s'est porté sur l'ETS, l'Échelle de Tri Suisse, une échelle francophone à 4 niveaux d'urgence. Cette échelle a été créée et est utilisée et améliorée depuis 15 ans au CHU de Genève. C'est Josette Simon, une infirmière chef aux urgences du CHU qui est à l'origine de cette échelle, et est responsable actuellement avec le Docteur Olivier Rutschmann de son utilisation au CHU de Genève, et dans de nombreux hôpitaux en Suisse. En Novembre 2012, une visite du service des urgences du CHU et de la Zone d'accueil et d'orientation a eu lieu, et le groupe tri a pu observer l'utilisation de cette échelle et a même eu la chance de voir sa version informatisée qui venait d'être implémentée.

Par la suite, en mars 2013, Josette Simon et le Dr Rutschmann sont venus à la clinique Saint-Pierre faire part de leur expérience dans le domaine du tri en salle d'urgence depuis plus de 15 ans, et expliquer l'utilisation de leur échelle de tri aux infirmiers du service des urgences.

Depuis lors, le tri a été instauré en salle d'urgence, dans le but de prendre en charge de manière privilégiée les patients les plus urgents.

La suite du projet, c'est encore, avec l'aide du Fonds Laduron,

- la mise en place d'un tri pédiatrique (car il n'existe actuellement pas de version pédiatrique dans l'échelle de tri suisse, et c'est un gros travail qui pourrait être réalisé en collaboration avec les responsables suisses de l'ETS) ;
- l'utilisation de la version informatisée de cette échelle de tri ;
- la formation de quelques infirmiers à l'utilisation de cette échelle et du référentiel de tri, ces infirmiers pouvant alors servir de relais dans l'équipe.



## Des audits organisationnels au sein des unités de soins: concept innovant

### Des concepts théoriques...

Si le monde soignant s'accorde pour affirmer qu'il faut offrir des soins de qualité, la mise en œuvre de ceux-ci fait l'objet de nombreux débats. Ces derniers font, entre autre, mais souvent, référence à des termes tels que performance, efficacité ou encore efficience. On parlera dans ces débats d'organisation et l'on dissertera sur les liens entre qualité du travail et qualité de vie au travail. On abordera d'autres thématiques telles que le leadership, la rétention du personnel, la compétence de ce dernier, mais aussi la formation et la complexité des soins.

Dans le cadre de cette article, il nous paraît utile de s'arrêter brièvement (car ce n'est pas l'objet en tant que tel de celui-ci) sur la notion d'efficacité.

L'efficacité vue comme la « capacité de produire un maximum de résultats avec un minimum d'effort » (Robert, ed. 2006), peut être définie, dans le contexte hospitalier actuel, comme la possibilité d'offrir des soins de qualité, mais au moindre coût: le mieux au meilleur coût. (Lombrail HAS p13)

Cette approche implique « qu'il faut penser l'organisation du travail car c'est important de préserver la santé des personnes et maîtriser les risques cliniques et la qualité des soins » Lombrail HAS p14). Ce faisant,

nous mettons la qualité de l'organisation des soins au centre du débat.

Ceci nous impose de nous arrêter sur deux autres éléments clés de notre réflexion: le leadership et la satisfaction du personnel.

Parmi les acteurs qui doivent gérer la différence entre qualité attendue et produite, mais aussi la qualité de vie au travail, l'infirmière-chef est l'un des maillons fondamentaux et incontournables. Dans ce contexte, son style de leadership et la manière dont il est vécu par ses collaborateurs n'est pas sans influence sur la manière dont la qualité est perçue et gérée. Doit-on rappeler que parmi les indicateurs des institutions attractives, les relations à la hiérarchie sont un élément clé (au même titre que le support organisationnel ou encore la charge de travail (Stordeur, p86). Sa capacité à répondre à ce que l'on peut considérer comme un challenge, le mieux au meilleur coût, aura un impact évident sur la qualité des soins prescrits. En tant que « chef d'orchestre », son influence sur l'organisation quotidienne est essentielle.

Il est utile de préciser que par « organisation quotidienne », nous devons comprendre la manière dont les activités, les tâches sont coordonnées au sein d'une équipe multi disciplinaire, pour produire des soins.

Par ailleurs, plusieurs études tentent à démontrer que, au-delà du nombre d'infirmières par patient, ou encore leur degré de formation, « la qualité de l'environnement de travail des infirmières a également un grand impact sur la sécurité des patients » (CNEH p7 et 12).

Ainsi, une étude américaine a démontré que le taux de mortalité était de 60 % plus élevé dans les unités pauvrement staffées en infirmières dont le niveau de formation était peu élevé et un environnement de travail défavorable.

Mais nous avons fait le constat qu'au-delà d'un nombre minimal d'infirmière nécessaire à la sécurité du patient, ce nombre, même jugé satisfaisant par rapport à une charge de travail ou un profil de patients, ne garantissait pas toujours des soins de qualité (la quantité n'engendre pas toujours de la qualité). Et d'arriver, entre autre conclusions, au constat que la qualité de l'organisation au quotidien d'une unité était l'un des facteurs influençant la qualité des soins et par delà, la sécurité des patients pris en charge.

Notre motivation à mettre en œuvre des audits est de se demander comment travailler plus intelligemment et non pas plus, plus dur et plus longtemps. C'est à ce niveau que « qualité et efficacité se rejoignent sur le terrain dans une démarche de rigueur et d'interrogation sur les pratiques quotidiennes » (organiser les p61).

Cette volonté de repenser l'organisation est amorcée (il s'agit donc bien d'une 1<sup>ère</sup> étape parmi d'autres) par une observation de la manière dont les activités sont coordonnées au sein d'une unité de soins.

Ceci implique aussi des changements de comportements; ces derniers sont observés sous l'angle du leadership et de la satisfaction du personnel.

Il est important de souligner que l'un des principes qui sous tend notre démarche est d'envisager les éventuels dysfonctionnements non pas comme la conséquence de lacunes, de manquements ou d'erreurs humaines mais comme le résultat d'une organisation dont la performance n'est pas optimale. Il s'agit donc de se poser la question de savoir comment l'organisation est pensée pour ne pas fonctionner correctement (Organiser p33). Ceci nous semble important car une telle approche évite de tomber dans le piège qui consiste à chercher un coupable et donc tomber dans une simplification des problèmes observés qui ne débouche pas sur des solutions optimales. L'on évite aussi des réactions de défense des acteurs alors même que l'on désire les impliquer pleinement dans une démarche qui se veut participative et constructive.

Le choix de l'auto-audit par des paires nous est apparu rapidement comme une bonne solution tenant compte des différentes contraintes qui sont les nôtres. Mais aussi, parce que nous souhaitions un regard de professionnel et de « gens de terrain » tout en garantissant une certaine objectivité. Ceci est d'autant plus important que la démarche entamée ne vise pas à isoler ce qui ne va pas plutôt que de se pencher sur ce qui pourrait aller mieux. L'option retenue a donc été de travailler avec des responsables (infirmières-chef) d'autres équipes.

Différentes techniques s'offrent à nous dans l'approche par autoévaluation: nous avons décidé de combiner les questionnaires, les workshops et l'observation sur le terrain. Ceci nous permet d'avoir une approche plus globale, alliant subjectif (le questionnaire) à une approche plus factuelle (observation sur le terrain), complétée par des workshops permettant tant aux observateurs qu'aux



équipes concernées de préciser ou de développer certains points semblant important aux uns comme aux autres.

### ... à l'approche pratique

Quatre infirmières-chefs se sont montrées intéressées par la pratique de l'audit, ces dernières étant issues d'un premier groupe de travail dont la tâche était de créer un référentiel servant de base à l'auto-audit. Ce référentiel s'inspire du modèle EFQM (European Foundation for Quality Management) dans ses composantes « leadership » et « processus ». Par ailleurs, deux questionnaires ont complétés les outils pour l'audit: l'un est relatif au style de leadership, l'autre vise à mesurer le degré de satisfaction du personnel soignant (...). Enfin, un troisième questionnaire, destiné aux patients n'a pu être traité par manque de retour de celui-ci.

Les auditrices (Mme Saintenoy, dialyse; Mme Hens, QOP; Mme Delforge, 3I2; Mme Dani, gériatrie) ont travaillé par paires en consacrant des demi journées à l'observation de l'unité auditée, tant la matinée que la tranche du « soir » ou encore le WE (seule la « nuit » n'a pas fait l'objet d'observations, mais on peut comprendre la lourdeur de la démarche entamée par les auditrices en plus de leur travail d'IC dans leur propre unité).

Le rôle des auditrices est avant tout d'observer tant l'organisation que la collaboration entre les





différents interlocuteurs, le rangement, la planification du travail mais aussi la manière dont les rapports infirmiers et/ou médicaux se déroulent, le remplissage des dossiers, les horaires, le rôle de la secrétaire, etc...L'observation s'arrête au seuil de la chambre; il ne s'agit donc pas de s'assurer que les soins soient correctement réalisés. L'objectif est bien d'apporter des améliorations, de garder une même qualité de soins, d'identifier des problèmes en vue d'établir des objectifs.

Pratiquement, l'unité auditée est choisie soit à la demande de son infirmière-chef, soit à l'initiative de la DDI.

Les auditrices sont présentées à l'équipe, les modalités pratiques de l'audit étant exposées aux soignants. A noter que les dates d'audits ne sont évidemment pas connues mais que ceux-ci sont réalisés en générale à 6 moments différents et ce par auditrices. A cela s'ajoute deux moments (workshop) où l'équipe peut s'exprimer directement en présence des auditrices. Celles-ci partagent leurs observations en cours d'audit de manière informelle mais structurent, suivant une trame commune, leurs observations sous forme d'un compte rendu.

En début d'audit, les questionnaires (leadership et satisfaction soignant) sont distribués au membre de l'équipe, le traitement des données se faisant de manière anonyme. Il s'agit de questionnaires fermés, les résultats apparaissant sous forme de cotations. Ceci permet une comparaison par thème abordé en un T0 et un T1, celui-ci étant à priori envisagé 6 mois après le premier audit. Cependant, ce délai reste variable car il dépend avant tout des constats et donc des objectifs fixés dans le déroulé de l'audit. Comme précisé ci-dessus, en cours d'observation, deux workshops sont organisés mettant autour de la table audités et auditeurs de façon à compléter l'ensemble de la démarche d'observation.

Dans un second temps, les résultats de l'audit sont présentés à la Directrice des Soins Infirmiers, à l'adjoint responsable de l'unité et à l'infirmière chef concernée. Y sont présentés et discutées les données relatives au leadership ainsi que les constatations et recommandations faites par les auditrices. Dans le décours, le même contenu est présenté à l'ensemble de l'équipe au cours d'une réunion où toutes les parties concernées sont présentes pour discussion et propositions de solutions. Ces deux premières étapes prennent plus ou moins un mois.

Commence une troisième phase, celle du suivi des propositions, des objectifs et améliorations jugées nécessaires pour améliorer le fonctionnement du service. Cette phase s'accompagne aussi d'un coaching éventuel de l'infirmière chef. Cette étape se clôture par la distribution des mêmes questionnaires qu'au T0 pour évaluer l'évolution des données entre l'avant et l'après audit et ainsi estimer de manière objective les conséquences – on l'espère positives – de l'audit sur le plan du leadership et de la satisfaction du personnel.

Pour l'auditrice, l'empathie est dès lors une qualité essentielle, l'absence de tout jugement étant indispensable au bon déroulement de l'audit. Ceci est d'autant plus nécessaire que l'une des difficultés rencontrées par les auditrices est le rôle d'espion (de la direction) qu'on leur prête en 1<sup>ère</sup> intention, même si, lors des étapes suivantes du processus, le regard porté sur les auditrices est nettement plus positif; la démarche de ces dernières est alors vue comme une forme d'aide possible pour améliorer leur travail au quotidien. De même, à titre personnel, les auditrices retirent de cette expérience des éléments positifs car l'audit donne lieu à des échanges de points de vue et de manières de travailler qui peuvent amener des idées et des applications possibles dans les unités gérées par les auditrices.

Autre difficulté est le temps important à consacrer à l'audit en plus de la fonction d'infirmière chef. La préparation de l'audit, l'observation en elle-même, les débriefings sont chronophages et demandent donc un investissement important dans le chef des auditrices.

Une autre limite est l'absence de formation à l'audit des IC. Alors même que l'expérience nous montre que la démarche se révèle globalement positive, le sentiment de frustration anime les auditrices car celles-ci sont conscientes qu'une approche plus professionnelle mettrait en évidence d'autres éléments qui aujourd'hui échappent à leur regard. De même, leur participation à certains soins (par exemple l'accueil des patients, les repas, les retours de QOP,..) serait opportuniste pour enrichir leurs observations.

## Conclusion

La démarche d'auto-audit entamée il y a deux ans se révèle positive. Quatre unités ont été à ce jour auditées; soit à leur demande, soit à celle de la DDI. Force est de constater que si, dans un premier temps, c'est une réaction de méfiance qui anime les équipes concernées, le sentiment dominant par la suite est celui d'une aide possible pour améliorer le travail quotidien au sein des unités. Pour l'infirmière chef la démarche n'est pas anodine car en plus de regard critique posé sur son organisation, c'est son style de leadership qui est analysé.

Pour les auditrices, le rôle d'« espion » qui leur est à priori attribué ne facilite pas une démarche pour

laquelle elles n'ont pas une formation spécifique et qui se révèle chronophage. Par ailleurs, leurs apports à de possibles changements améliorant la performance d'une unité mais aussi les conditions de travail est certain. Et il est tout aussi évident qu'elles en retirent une expérience personnelle et professionnelle des plus intéressantes.

Enfin pour le Département Infirmier, cette démarche, même si elle n'est pas totalement aboutie, se révèle un vecteur de changement dans la gestion des unités. Elle rencontre un challenge particulier dans la conduite d'un département: allier une démarche qualitative à une approche en termes de gestion. Les audits vont donc se poursuivre à l'avenir.

## Perspectives futures

Les auditrices vont bénéficier d'une formation spécifique à l'audit sur 3 modules. Elles seront accompagnées par 3 autres personnes issues de la DLH, ces dernières étant pressenties pour auditer dans leur propre secteur d'activité.

Par ailleurs, une démarche complémentaire sera entamée dans le second semestre 2013 à savoir une approche de type accréditation. L'objectif est de s'assurer qu'un certain nombre de pré requis en matière d'horaire, d'hygiène, de formation, etc... soient bien rencontrés au sein des unités. ■

Jean-Pierre WIAME  
Adjoint à la DDI

## ...d'un audit à l'autre

Le SPF Santé publique (Service Public Fédéral Santé publique) continue sa démarche « Qualité et Sécurité du patient » entamée il y a maintenant plusieurs années, en initiant un système d'audits cliniques en médecine nucléaire. Concrètement cela signifie que dès juillet 2011 le personnel des services de médecine nucléaire a dû procéder à des auto-évaluations et entamer les éventuelles mesures de corrections nécessaires. En 2013, chaque service de médecine nucléaire du pays devait se soumettre à un audit « interne » (càd que l'équipe d'auditeurs est constituée de personnel interne à l'institution). Cet audit interne doit ensuite être prévu chaque année, ponctué tous les 5 ans d'un audit, externe celui-là (càd effectué par des personnes étrangères à l'institution).

C'est donc en ce mois de juin 2013 qu'une première expérience d'audit interne a été réalisée auprès du service de Médecine Nucléaire. L'équipe d'auditeurs, constituée d'une personne de médecine nucléaire (exigence du SPF), d'un radiologue et une infirmière de radiologie ainsi que d'une pédiatre a sélectionné 2 thèmes spécifiques et s'est laissée guider par le questionnaire de référence pour comprendre et appréhender l'activité. L'accueil par l'équipe d'audités de médecine nucléaire fût très chaleureux. L'impression générale qui s'est dégagée pour les auditeurs est un grand professionnalisme de cette équipe, avec une structure bien rôdée pour répondre aux multiples cas particuliers/difficultés ou encore nouveautés qui peuvent se présenter au quotidien, ainsi qu'un souci constant de la sécurité du patient et du personnel. Un rapport d'audit a été établi et transmis au chef de service.





La Vie-là est située juste en face de la Clinique, 3 avenue du Roi Chevalier (rond point des Urgences)

## La Vie-là

La Vie-là est une « maison de ressourcement » ouverte à tous les patients traités à Saint Pierre pour un cancer, pendant le traitement et pendant l'année qui suit le traitement. Elle y offrira dès septembre 2013 une prise en charge globale selon le principe de la médecine intégrative :

- Une approche psychologique (entretiens avec les psychologues, groupes de parole, entretiens familles, groupes de paroles enfants ...)
- Une approche spirituelle (méditation pleine conscience, art-thérapie)
- Des soins de mieux-être/confort (massages, soins esthétiques)
- Des séances d'information (conférences, ateliers ...)
- Des actions destinées à modifier le mode de vie (cours de cuisine, sport...)
- Des services pratiques (permanence de magasins spécialisés)

### Les objectifs :

#### Améliorer la qualité de vie, via

- la réduction du stress, de la dépression, de la douleur chronique
- l'amélioration de la tolérance au traitement

#### Réduire le taux de récurrence et améliorer les chances de guérison via

- l'amélioration de la compliance au traitement
- la modification des comportements de santé (prévention – responsabilisation)
- l'amélioration de l'immunité induite par le bien être global

Contact : [lavielaottignies@gmail.com](mailto:lavielaottignies@gmail.com)

