

## CAP QUALITE #9 SON CONTENU « EN BREF »

1. Campagne ACI, 2<sup>ème</sup> POR diffusée : « Les soins sécuritaires #1 » : « La prévention des chutes & des plaies de pression »
2. Tips pour vous faciliter le travail dans Ennov
3. Indicateurs : nombre d'EI déclarés par site pour la période d'août à octobre 2023.
4. Le pilier « Gestion des risques & amélioration continue



Sujet du mois  
2024 au mois



### POR # 2 : Les soins sécuritaires #1



En novembre, la campagne ACI se poursuit.

Nous enchainons avec la dimension prévention des **chutes** et des **plaies de pression**.

Pour ces deux thématiques, l'**efficacité des précautions** mises en place est **évaluée** et les **résultats** sont **exploités** pour apporter de l'**amélioration continue** au besoin.

#### 1) La prévention des CHUTES

##### L'information au patient et à ses proches est soutenue par 3 brochures :

Elles sont accessibles pour les patients/résidents et leurs proches en dépliant ou sur le site web du CHU Namur :

- **Mnémonique C-IMP000171** : « A l'hôpital, les chutes c'est l'affaire de tous » axée sur les chutes en l'hôpital ;
- **Mnémonique C-IMP000205** : « Aide à la prévention des chutes en milieu de vie » axée sur l'aménagement de l'intérieur lors du retour en milieu de vie (domicile, MRS, ...), incluant le renvoi vers un ergo. pour conseil (**dispo. à partir de mai 2024**) ;
- **Mnémonique C-IMP000206** : « Pas à pas pour éviter les chutes après une opération aux membres inférieurs » axée sur les conseils à appliquer à la suite d'une opération.

**La formation des membres du personnel et des bénévoles est encadrée par des outils formatifs développés.**

##### L'analyse de l'efficacité de la prévention des chutes et la mise en place d'actions visant l'amélioration continue :

- **Évaluation quantitative - minimum 4x/an (recommandée 10x/an)**  
Elle est **coordonnée** par le « **chargé de mission chutes** » du site ou un **membre de l'équipe de réactivation de la MRS** : la conformité se mesure au travers de 2 actions dans les services : observation des dossiers patients concernés + observation de l'environnement de « **2 patients** à risque » au travers de la grille d'observation (SAFE) disponible via la politique précitée. Les résultats de ces audits sont partagés avec les équipes et exploités pour apporter de l'amélioration aux services.
- **Évaluation qualitative - 1x/an (courant MARS)**  
Elle est **réalisée** par le « **chargé de mission chutes** » du site OU un **membre de l'équipe de réactivation de la MRS**. Sur base d'une extraction des événements indésirables « chutes » et tenant compte des évaluations quantitatives déroulées sur l'année, un rapport des tendances est communiqué et exploité pour apporter de l'amélioration aux services.



ACCREDITATION  
CANADA



## CULTURE QUALITÉ

### Sujet du mois

Sujet du mois

## 2) La prévention des PLAIES de PRESSION

### L'information au patient et à ses proches est soutenue par 2 brochures :

Elles sont accessibles pour les patients/résidents et leurs proches en dépliant ou sur le site web du CHU Namur :

- **Mnémonique C-IMP000189** : « Les plaies de pression ou escarres chez l'adulte » ;
- **Mnémonique C-IMP000203** : « Les plaies de pression ou escarres chez l'enfant/l'adolescent » (dispo. à partir de mai 2024).

La formation des membres du personnel est encadrée par des outils développés à cet effet.

### Différentes fonctions autour des plaies de pression :

- Un **relai** est identifié par service. Il s'agit d'un **aide-soignant ou d'un infirmier** qui **sensibilise/stimule** l'équipe à la prévention des plaies de pression, aux procédures, protocoles et outils ;
- Un (ou plusieurs) **réfèrent** est identifié par site hospitalier. Il s'agit d'un **infirmier spécifiquement dédié** à la prise en charge des patients atteints de plaies de pression ou toutes autres plaies ;
- Un « **chargé de mission plaies de pression** » est identifié par site hospitalier **OU** un « **infirmier chef responsable des plaies de pression** » est désigné par MRS : ils vont assurer l'encadrement de la stratégie liée aux plaies de pression.

### L'analyse de l'efficacité de la prévention des plaies de pression et la mise en place d'actions visant l'amélioration continue :

- **Évaluation quantitative - minimum 4x/an (recommandée 10x/an)** : la conformité se mesure sur base du relevé du dossier infirmier informatisé OU d'un encodage manuel au moyen d'une grille d'observation permettant de recenser les prévalences acquises/non acquises, stade, localisation des plaies de pression par service. Les résultats de ces audits sont partagés avec les équipes et exploités pour apporter de l'amélioration aux services ;
- **Évaluation qualitative - 1x/an (courant NOVEMBRE)** : elle est réalisée sur base d'un questionnaire permettant une cartographie terrain par service OU d'un extrait des données du dossier patient informatisé. Ensuite, une observation terrain approfondie des moyens de prévention adéquats « des **5 patients** les plus atteints/à risque » est réalisée au moyen d'un questionnaire. Les tendances sont communiquées et exploitées pour apporter de l'amélioration aux services.



ACCREDITATION  
CANADA



chuucnamur.be



CHU  
— UCL —  
NAMUR

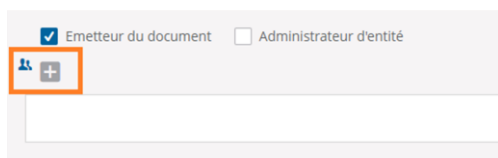
## GESTION DOCUMENTAIRE

### Petits TIPS dans Ennov

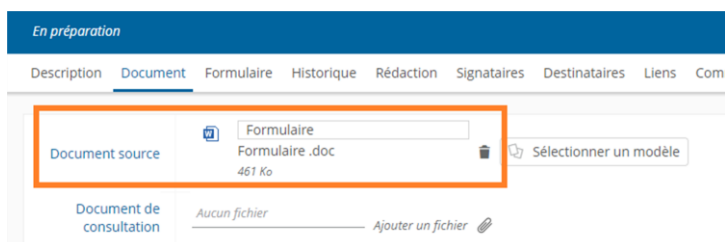
Petits TIPS dans Ennov

### Quelques petits rappels pour faciliter votre travail

1. Lorsque votre document est **refusé en signature** vous êtes avertis par mail. Cliquez simplement sur **le lien**, puis cliquez sur « **réinitialiser** » pour reprendre la rédaction. En cliquant sur « **éditer la source** », vous pouvez ouvrir votre document, faire vos modifications, enregistrer et ce sera effectif dans Ennov.
2. Si vous notez un **commentaire** dans Ennov, n'oubliez pas de sélectionner un **destinataire**. Par défaut, la personne qui sera notifiée du commentaire est l'émetteur du document. Cliquez sur le + pour **ajouter un destinataire** :



3. Lorsque vous créez un nouveau document, joignez celui-ci à la place du canevas, c'est-à-dire dans « **document source** ». Pour info, si vous déposez votre document dans « **document de consultation** », il sera écrasé lors de la conversion pdf.



4. Besoin de l'url d'un document pour **rediriger** vos lecteurs vers un autre document ? Trouvez-le en copiant le **5ème lien** dans la liste qui apparaît lorsque vous cliquez sur le ⓘ dans le menu de droite :



5. Rappel des **actions** du menu de droite dans un **processus** (événement indésirable, déclaration violence au travail, ...) :
  - Commencer : Commencer votre étape ;
  - Modifier : Modifier les encodages, ajouter des encodages ;
  - Enregistrer : Enregistrer les données encodées (vous pourrez y revenir et les remodifier) ;
  - Enregistrer et terminer : Vous enregistrez et faites passer le processus à l'étape suivante (envoi de votre déclaration par exemple) ;

Un souci dans Ennov ? Une [FAQ](#) est à votre disposition. Si vous ne trouvez pas votre réponse, n'hésitez pas à nous contacter via l'adresse [ennov@chuclnamur.uclouvain.be](mailto:ennov@chuclnamur.uclouvain.be)



## INDICATEURS QUALITÉ

Lors de chaque cap qualité, nous vous communiquons le nombre d'évènements indésirables déclarés sur les trois derniers mois. Ci-contre donc les EI déclarés en août, septembre & octobre 2023.



## PLAN SÉCURITÉ-PATIENT « L'AMÉLIORATION CONTINUE »

### Pilier du mois

Pilier du mois

#### 1) L'amélioration continue :

L'amélioration continue est une démarche visant à améliorer de manière permanente les processus et les pratiques d'une organisation. Elle est basée sur l'idée que, même si les choses fonctionnent bien, il est toujours possible de les rendre encore meilleures.

Dans le milieu hospitalier, l'amélioration continue est essentielle pour garantir la qualité des soins et la satisfaction des patients. Elle permet d'identifier et de corriger les dysfonctionnements, d'optimiser les ressources et de réduire les risques.

Les avantages de l'amélioration continue dans le milieu hospitalier sont nombreux, notamment :

- Une meilleure qualité des soins : l'amélioration continue permet d'identifier et de corriger les dysfonctionnements, ce qui contribue à améliorer la qualité des soins. Cela se traduit par une diminution des erreurs médicales, une amélioration de la prise en charge des patients et une augmentation de leur satisfaction.
- Une meilleure utilisation des ressources : l'amélioration continue permet d'optimiser les ressources, ce qui peut conduire à des économies. Cela se traduit par une réduction des coûts, une meilleure gestion des stocks et une augmentation de la productivité.
- Une meilleure sécurité des patients : l'amélioration continue permet de réduire les risques, ce qui contribue à améliorer la sécurité des patients. Cela se traduit par une diminution des infections nosocomiales, des accidents et des incidents de sécurité.

La mise en œuvre de l'amélioration continue dans le milieu hospitalier nécessite une approche structurée et participative. Elle doit être portée par la direction de l'établissement et impliquer l'ensemble des acteurs, y compris les patients.

L'amélioration continue peut-être mise en œuvre à travers différentes méthodes /outils basées sur des principes communs, en voici quelques exemples : la méthode **Kaizen**, **QOQCCP**, la **roue de Deming**, **5S**, **Six Sigma**, **Lean culture**, **Standardisation**, **SWOT**, diagramme **Pareto (80/20)**, ... pour lesquels la DIPAQ-Qualité peut vous aider.

## PLAN SÉCURITÉ-PATIENT « LA GESTION DES RISQUES »

### 2) La gestion des risques :

Dans l'institution, la gestion des risques est au cœur de la démarche d'amélioration de la sécurité des soins, elle vise à prévenir et à réduire les événements indésirables liés aux soins.

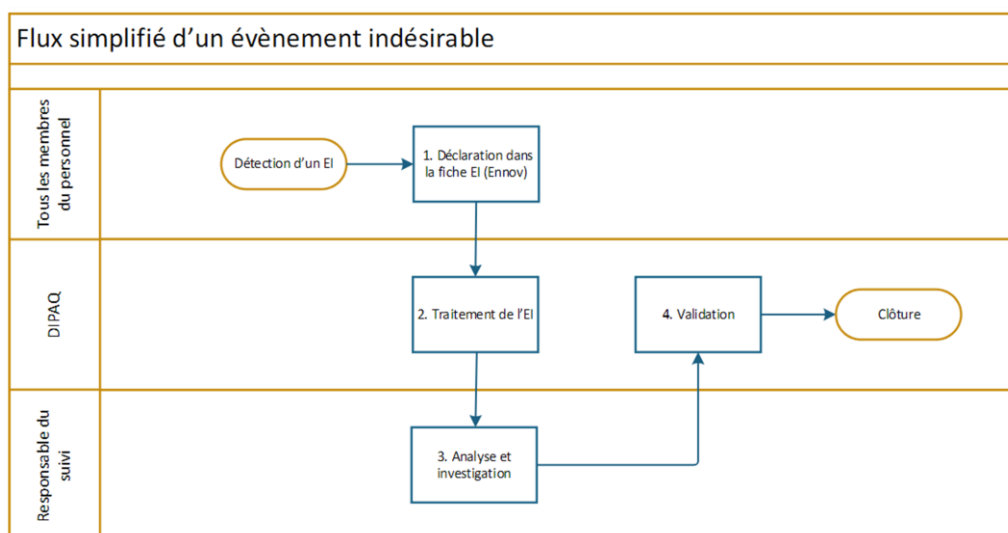
Elle peut être mise en œuvre de deux façons :

- A priori, en identifiant les risques potentiels et en mettant en place des mesures de prévention.
- A posteriori, en analysant les événements indésirables survenus afin d'en tirer des leçons et de mettre en place des mesures correctives.

Un **événement indésirable** est tout événement ou dysfonctionnement qui survient au sein de l'institution de manière **involontaire, imprévue, durant le processus de soins** et qui **a engendré ou aurait pu engendrer un dommage** pour le patient.

Tous les collaborateurs sont encouragés à déclarer les événements indésirables qu'ils constatent.

Ces événements sont ensuite traités par l'équipe Qualité-DIPAQ qui dès que requis, envoie en investigation chez un responsable de suivi afin d'en identifier les causes et de mettre en place des mesures d'amélioration.



Dans la grande majorité des cas, un événement indésirable n'est pas dû à une erreur humaine individuelle, mais à un enchaînement complexe de facteurs humains, techniques et organisationnels.

La gestion des risques est une démarche globale et collective qui s'inscrit dans une logique d'amélioration continue.

Elle est supportée par différents outils tels que le **brainstorming**, **6M**, **5P**, **DMAIC**, diagramme **arête de poisson**, ... pour lesquels la DIPAQ-Qualité peut vous apporter du support, de l'aide.



# CAP QUALITÉ

” Repenser  
la  
**SÉCURITÉ**  
Renforcer  
la **QUALITÉ**

“

Équipe Qualité - DIPAQ  
qualite.dipaq@chuucnamur.uclouvain.be  
+32(0)81 42 48 48  
aci@chuucnamur.uclouvain.be  
+32 (0)81 42 30 87

## Référents Qualité

Dinant : Valérie D'Ans (Christelle Dengis ff.)  
Godinne : Fanny Francq (Sébastien Pinoy ff.)  
Sainte-Elisabeth : Christelle Dengis  
DRISS : Sébastien Pinoy  
Coordination ACI : Charlotte Martin