

Annexes

Mise en place d'indicateurs de performance
stratégiques au sein du réseau hospitalier de
l'Institut Notre-Dame de la Compassion
(INDC)

Promotrice :
Madame N. Meskens

Mémoire-Projet présenté par :
Mehdi TELEMSANI
En vue de l'obtention du diplôme
de Master en ingénieur de gestion

Liste des annexes

Annexe 1 : Les pathologies par unité de soins de l'hôpital de Jolimont.....	2
Annexe 2 : L'organigramme de l'INDC	6
Annexe 3 : La carte stratégique de l'INDC	7
Annexe 4 : La carte stratégique des MRS	8
Annexe 5 : Liste complète des initiatives de l'INDC.....	9
Annexe 6 : Liste initiale des KPI de l'INDC.....	13
Annexe 7 : Guide d'entretiens des chefs de projet(s)/sponsors.....	18
Annexe 8 : Retranscriptions des entretiens	20
Annexe 9 : Le questionnaire de satisfaction à destination de la patientèle	116
Annexe 10 : Constitution de l'équipe projet 23.1.....	120

Annexe 1 : Les pathologies par unité de soins de l'hôpital de Jolimont

- Cardiologie : Toutes les pathologies liées à la cardiologie: décompensation cardiaque, OAP, retour de l'unité coronaire, FA, dyspnée d'origine cardiaque,... ainsi que l'hospitalisation pour des coronarographies, l'étude électrophysiologique, le pace-maker,...
- Chambres particulières : Toutes les chirurgies sauf crâniennes et toute la médecine.
- Chirurgie : Urologie Gynécologie - ORL - Digestive - Maxillo-faciale - Ophtalmologie - Chirurgie de la main - sénologie
- Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique :
 - Chirurgie cardiaque: PAC, valve, dissection de l'aorte,...
 - Chirurgie vasculaire: bilan vasculaire, chirurgie aortique, iliaque, chirurgie endovasculaire, endartériectomie fémorale, carotidienne, TVP, varices,...
 - Chirurgie thoracique: radiofréquence, lobectomie, pneumotomie
- Chirurgie digestive : Chirurgie digestive ; Chirurgie endocrine ; Chirurgie bariatrique ; Pathologies oncologiques du système digestif ; Surveillance et traitement des pathologies inflammatoires du tube digestif ; Mise au point pour les pathologies digestives
- Diabétologie – Médecine interne : Diabétologie ; Néphrologie ; Dialyse péritonéale ; Rhumatologie: maladies rhumatologiques, lombalgies ; Neurologie: AVC, AIT, hémorragie cérébrale, crise d'épilepsie, EEG
- Gériatrie : Syndromes gériatriques: chutes, troubles cognitifs, confusion, malnutrition, perte d'autonomie.
Diagnostic et prise en charge thérapeutique de pathologies aiguës: pneumonie, AVC, décompensation cardiaque,...
- Hémodialyse : Insuffisance rénale aiguë et chronique
- Hôpital de jour médicochirurgical + Consultation d'anesthésie + Clinique de la douleur (Algologie) :
 - Gastro-entérologie: gastroscopie et colonoscopie sous sédation, rectoscopie, dilatation anale ou oesophagienne, biopsie hépatique, médication intraveineuse de Remicade (maladie de Crohn, Recto Colite Ulcéro Hémorragique), etc...
 - Digestive: lipomectomie, hernie inguinale ou ombilicale, mise en place ou enlèvement de port-à-cath, calibration banding (anneau gastrique), etc...
 - Ophtalmologie: cataracte, strabisme, ecto ou entropion, injection intra-vitréenne

(Dégénérescence maculaire liée à l'âge), etc...

- Gynécologie: laparoscopie (diagnostique, ligature tubaire, etc.), hystéroscopie, résection, conisation, laser ou plastie vulvaire, etc...
- Urologie: vasectomie, varicocèle, plastie frein ou prépuce, circoncision, biopsie prostatique, lithotripsie, uroscopie, etc...
- Vasculaire: artériographie des membres inférieurs, cure de varices, mise en place ou enlèvement de port-à-cath, biopsie ganglionnaire, etc...
- Cardiologie: remplacements de boîtier de pacemaker, etc...
- Rhumatologie: médication intraveineuse de Remicade ou Mabtera (Polyarthrite rhumatoïde, Spondylarthrite Ankylosante), d'Arédia ou d'Aclasta (maladie de Paget, hypercalcémie, etc.), etc...
- Orthopédie: canal carpien, enlèvement de matériel de synthèse (broches, etc.), arthroscopie du genou, hallux valgus, etc...
- Neurologie: médication intraveineuse de Solu-Médrol ou de Tysabris(sclérose en plaque), etc...
- Neurochirurgie: canal carpien, remplissage de pompes intratéchales (Liorésal, Baclofen, etc.), etc...
- Algologie: péridurales thérapeutiques cervicales ou lombaires, infiltrations diverses, etc.
- ORL(pédiatrique) : amygdalectomie, adénoïdectomie, septoplastie, tympanoplastie, laryngoscopie laser, médication intraveineuse de Nootropil®(Surdité), etc...
- Médecine interne: antibiothérapie ambulatoire, ponction lombaire ou d'ascite, transfusion, saignée thérapeutique, dépistage pour le personnel de la banque ING ("package" d'examens divers selon l'âge et le sexe de la personne), Lipid Clinic (dépistage habituel et spécifique d'hypercholestérolémie, d'hypertriglycéridémie), bilan pneumologique, allergique, etc...
- Divers: réfection de pansements divers: ulcères, escarres, etc...

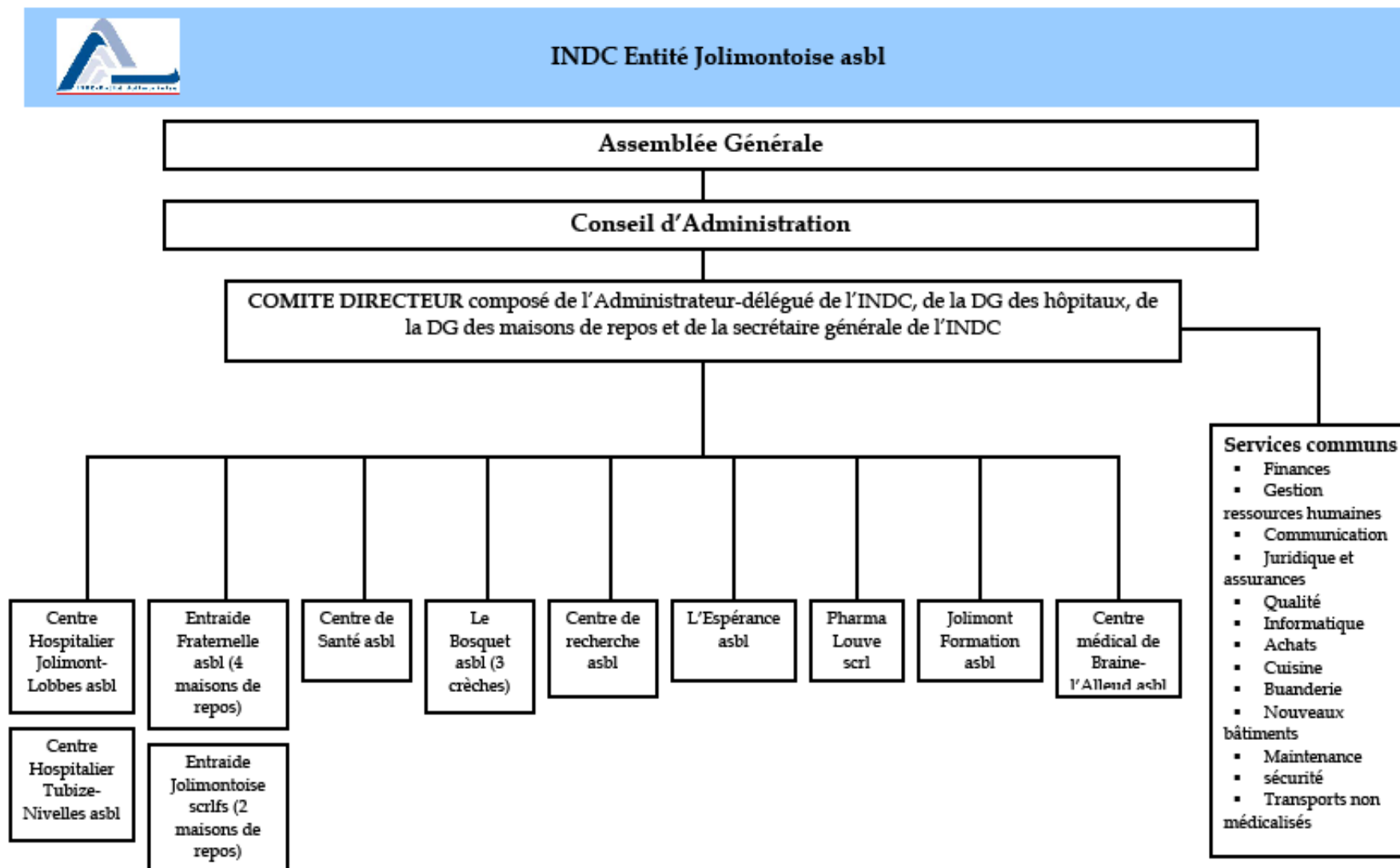
○ Hôpital de jour Onco-Hématologique :

- Tumeurs solides
- Hématologie (leucémies, lymphomes, myélomes,...) avec chimiothérapie
- Traitements médicamenteux: administration de Vénofér R, Zometa R, thérapies ciblées,

- Saignées thérapeutiques
- Transfusions: sang, plaquettes, plasma
- Ponctions: ascite, pleurale, lombaire
- Maternité: Accouchements ; Post-partum ; Observations de grossesse: MAP, hypertension, diabète, RPPE, RCIV
- Médecine gastro-entérologie et Unité d'Alcoologie Intégrée :
 - Cirrhoses hépatiques
 - Maladie de Crohn
 - Colites ulcéreuses hémorragiques
 - Cancer de l'estomac, du colon, du pancréas, du foie
 - Hémorragie digestive
 - Préparation et surveillance d'examens spécifiques
 - Prise en charge des patients en sevrage alcoolique par une équipe pluridisciplinaire et dans un programme structuré.
- Médecine générale et Infectiologie - neurologie: Bilans neurologiques - Bilans de médecine interne -HIV- Soins de plaies
- Médecine nucléaire: L'activité du service de médecine nucléaire comporte 6 volets:
 - la médecine nucléaire conventionnelle (réalisation de scintigraphies)
 - le PET Scan
 - la mise au point et le traitement des maladies thyroïdiennes par radioisotopes
 - la thérapie métabolique des affections cancéreuses et non cancéreuses
 - l'ostéodensitométrie
 - la détection du ganglion sentinelle
- Onco-Hématologie: En oncologie, les maladies cancéreuses sont prises en charge du diagnostic, en passant par les traitements jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. En hématologie, les leucémies, les lymphomes, les myélomes... ou encore les autogreffes de cellules souches périphériques sont prises en charge.
- Orthopédie
- Pédiatrie: Toutes les pathologies de l'enfant de 0 à 16 ans.
- Pneumologie:
 - BPCO - silicose et pathologies professionnelles
 - Infections pulmonaires Asthme et pathologies allergiques
 - Oncologie thoracique

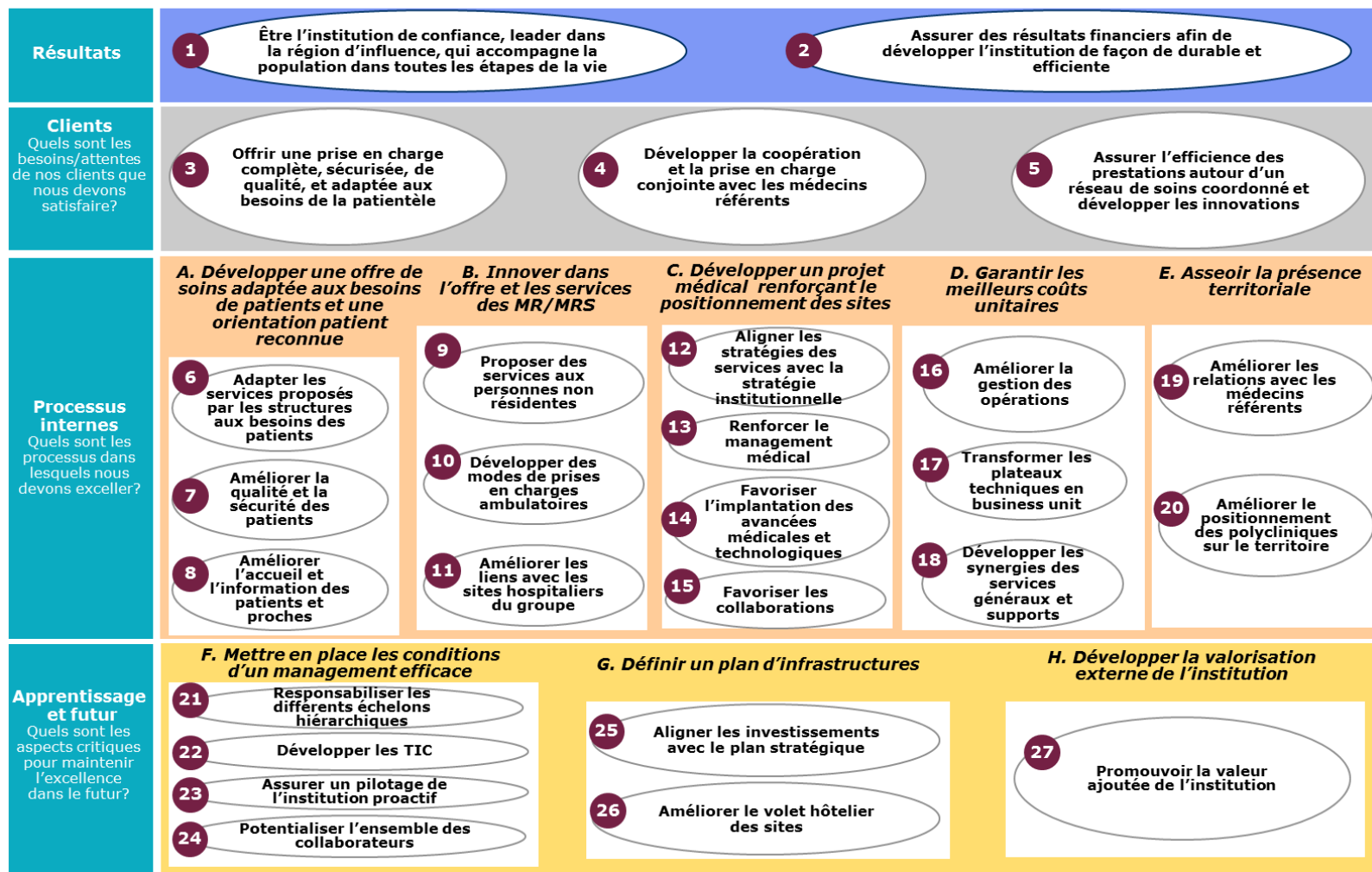
- Pathologies pleurales
- Maladies thromboemboliques
- Pathologies du sommeil et de l'insuffisance respiratoire
- Psychiatrie : Pathologies de psychiatrie générale: troubles de l'humeur troubles anxieux, troubles psychotiques, troubles bipolaires assuétudes (alcool, drogues,...)
- Quartier opératoire
- Radiologie
- Radiothérapie-Oncologie : Toutes les pathologies oncologiques: cancer du sein, de la prostate, du rectum, de l'endomètre, ORL,...
- Revalidation : Revalidation orthopédique, neurologique, soins palliatifs, convalescence de cas lourds de chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique.
- Salles Techniques de cardiologie :
 - Maladies coronariennes
 - Troubles du rythme
 - Troubles de conduction. Maladies des valves cardiaques, pathologie valvulaire (mitrale– aortique,...)
- Salles Techniques de coronarographie :
 - Infarctus du myocarde
 - Angine de poitrine
- Service Saint-Alexis – Soins palliatifs : Pathologies évolutives ne répondant plus aux traitements: essentiellement néoplasiques autres: insuffisance cardiaque, pulmonaire, rénale, vasculaire. Chaque situation étant singulière.
- Soins à domicile : Toutes les pathologies inhérentes à la prise en charge au domicile: soins palliatifs, soins d'hygiène, pansements divers, alimentation parentérale, prise de sang ...
- Soins d'urgence : Toutes les pathologies en extra-hospitalier et intra-hospitalier
- Soins intensifs : Le service de Soins Intensifs prend en charge toutes les pathologies aiguës, à l'exclusion des pathologies pédiatriques et des pathologies coronariennes médicales (angine de poitrine, infarctus,...).
- Stérilisation
- Unité Coronaire : Infarctus OAP Pace/pace Défibrillateur - Surveillance post-dilatation - Syndrome coronarien aigu (infarctus non stemi) - Hyponatrémie sévère - Troubles du rythme - Douleurs thoraciques ...
- Unité du sommeil : Les troubles du sommeil (insomnie, parasomnie, somnambulisme,...) – syndrome d'apnée du sommeil

Annexe 2 : L'organigramme de l'INDC

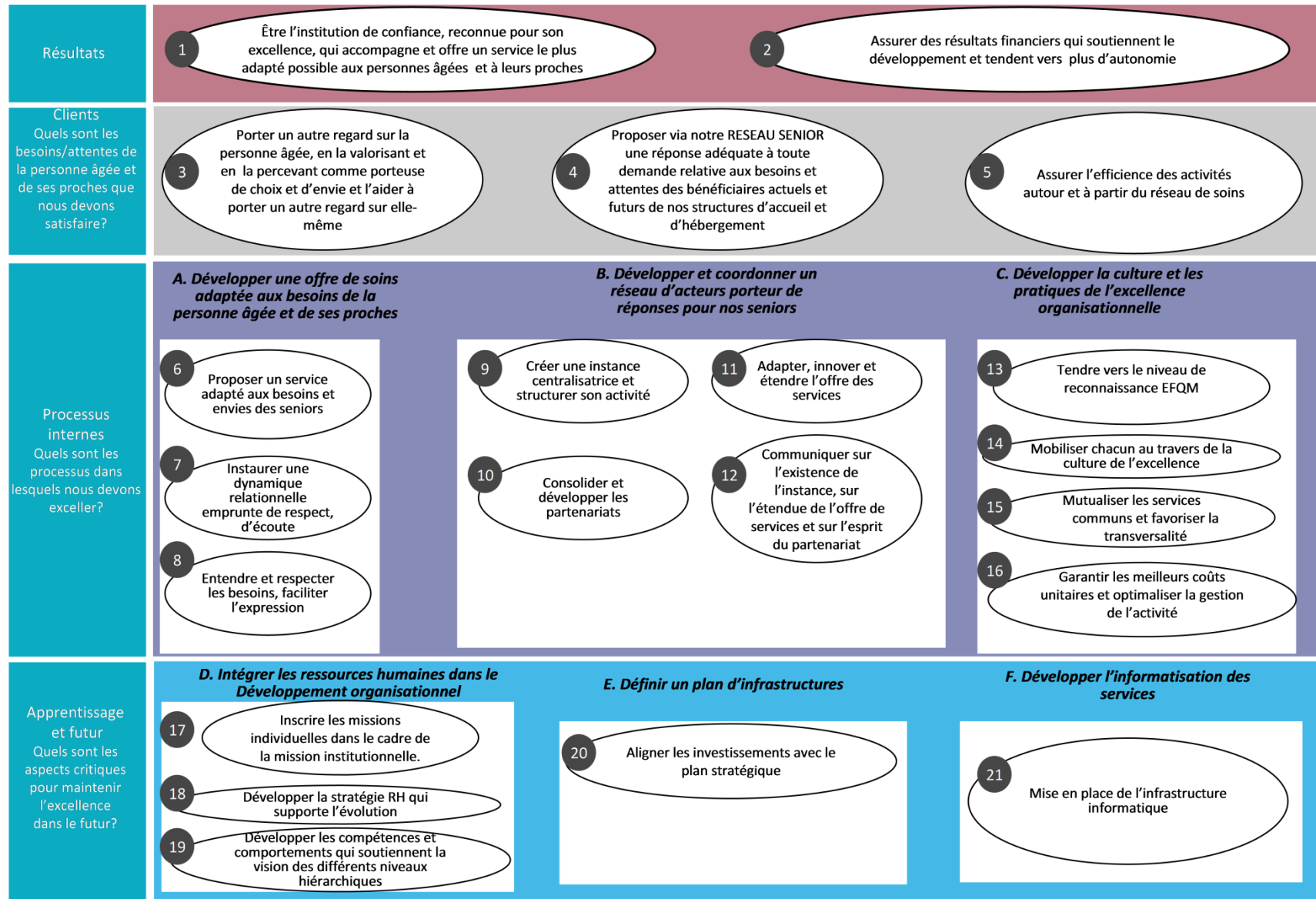


Annexe 3 : La carte stratégique de l'INDC

Carte stratégique INDC



Annexe 4 : La carte stratégique des MRS



Annexe 5 : Liste complète des initiatives de l'INDC

Les différentes initiatives de l'INDC	
6.1 ¹	Mise en place de cliniques monothématiques afin de canaliser l'entrée d'une grande partie des patients de l'INDC pris en charge en consultation
6.2	Développer un plan d'amélioration de l'orientation patient en lien avec les attentes des patients sur chaque site du groupement
6.3	Créer une unité de court-séjour à Jolimont de 10 lits et de 5 lits sur les autres sites à partir des SU
6.4	Développer les soins à domicile
6.5	Créer 2 unités de pré-revalidation de 45 lits à Jolimont et une unité de 30 lits sur les autres sites
7.1	Mettre en place un programme diminution des erreurs médicamenteuses
7.2	Mettre en place un système de suivi des événements indésirables dans l'institution
7.3	Mettre en place un suivi d'une quarantaine d'indicateurs de qualité (clinical outcomes) au niveau institutionnel et 4-5 indicateurs spécifiques par service
7.4	Réaliser un benchmark avec d'autres hôpitaux sur les indicateurs de qualités
7.5	Développer les outils informatiques adaptés à la gestion de qualité et la sécurité des patients
7.6	Mettre en place un guide des bonnes pratiques en termes de qualité et de sécurité (staffs, tours de gardes,...)
7.7	Développer l'identification du patient et des prestataires
7.8	Assurer la mise en place d'itinéraires cliniques
8.1	Former les professionnels à l'accueil, à l'orientation patient et à l'information des patients (deuil compris)
8.2	Mettre en place un standard téléphonique performant

¹ Le premier nombre correspond à l'objectif stratégique que l'initiative sous-tend. Pour rappel, le tableau 5 résume ces objectifs.

8.3	Améliorer l'accès aux consultations pour les nouveaux patients et l'accès aux infrastructures
9.1	Proposer un système de repas aux personnes extérieures à l'institution
9.2	Etudier le développement d'un système de téléassistance pour les personnes âgées souhaitant rester à domicile
10.1	Mettre en place un centre de soins de jour suivant la maison de repos considérée
10.2	Mettre en place un mode de prise en charge de type "court-séjour" en maison de repos
11.1	Mettre en place un service de soins prioritaires avec les services cliniques du groupement les plus fréquentés par les personnes âgées des MR/MRS de l'INDC et conventionnées
11.2	Mettre en place une unité dédiée à l'accueil des personnes âgées démentes en collaboration avec les psychiatres et les gériatres de l'INDC
12.1	Définir les potentiels d'activités pour chaque spécialité et pour chaque site hospitalier en tenant compte des caractéristiques de chaque région et de la concurrence
12.2	Définir un plan de développement des services et des départements sur 3 ans et mis à jour tous les ans
13.1	Redéfinir les rôles et responsabilités des différents échelons hiérarchiques de la direction médicale
13.2	Mettre en place les outils de pilotage des services pour leur activité
13.3	Mettre en place une politique de rémunération variable adaptée aux stratégies des services
14.1	Développer les partenariats avec les universités
14.2	Mettre en place un réseau de partage de connaissances avec des universités afin de mettre en application les dernières innovations
14.3	Développer une session de formation par an sur un thème particulier pour les trois plus grandes universités de Belgique
14.4	Développer les relations de recherches avec des laboratoires universitaires, les firmes pharmaceutiques, le ministère,...
14.5	Mettre en place un service de télé médecine pour la gestion des patients à

	distance
15.1	Mettre en place un cadre d'alliances institutionnel
15.2	Développer des collaborations entre les services de l'INDC et d'autres institutions de soins
16.1	Mettre en place une fonction de gestion des ressources hospitalières responsable de l'organisation des processus internes
16.2	Mettre en place un plan d'amélioration de la logistique au niveau institutionnel et par sites afin de développer les techniques de lean management dans l'institution
16.3	Mettre en place un service de gestion des lits
17.1	Analyser les potentiels d'amélioration des principaux plateaux techniques de l'institution: urgences, blocs opératoires, polycliniques, etc.
17.2	Améliorer la comptabilité analytique afin de mettre en place un compte de résultat par services et unités de production
18.1	Analyser les processus des services supports pouvant être mutualisés entre les différents sites de l'INDC et/ou avec les hôpitaux concurrents: achats, etc.
18.2	Mutualiser les services généraux de l'institution en interne
18.3	Initier les contacts avec les hôpitaux concurrents pour la mutualisation des services et définir avec eux les modalités de collaboration
19.1a	Mettre en place une culture de relations avec les médecins référents sur le CHTN
19.1b	Mettre en place une culture de relations avec les médecins référents sur le CHJL
19.2a	Définir un guide des bonnes pratiques avec les médecins référents et l'étendre à l'ensemble des services de l'institution CHTN
19.2b	Définir un guide des bonnes pratiques avec les médecins référents et l'étendre à l'ensemble des services de l'institution CHJL
19.3	Mettre en place un accès « médecin référent » sur le site internet de l'INDC
20.1	Développer les polycliniques CHJL et CHTN

20.2	Développer des formes novatrices de collaborations entre les médecins référents et les polycliniques INDC
21.1	Définir un organigramme et des descriptions de postes pour les cadres (responsables d'équipe) : niveau de décentralisation des décisions
21.2	Définir un plan de formation centralisé et individualisé
21.3	Mettre en place un modèle de direction par objectifs
22.1	Renforcer les équipes du service informatique et structurer les projets informatiques
22.2	Mettre en place une stratégie d'investissements TIC coordonnée sur les sites
22.3	Développement du dossier patient informatisé - DPI
23.1	Mettre en place des tableaux de bord pour les services et les directions
23.2	Mettre en place une politique d'innovation proactive
24.1	Mettre en place une gestion, une planification et un recrutement du personnel
24.2	Valoriser le plan de formation pour l'ensemble du personnel de l'institution
24.3	Développer la responsabilisation du personnel
24.4	Assurer le dialogue dans l'institution
24.5	Mettre en place une politique de valorisation des collaborateurs
25.1	Analyser les besoins d'investissements générés par le plan stratégique
25.2	Définir un programme des besoins d'infrastructures/investissements et un plan fonctionnel des différentes structures
26.1	Renforcer le confort des patients CHJL et CHTN
26.2	Développer l'offre de chambres individuelles
27.1	Elaborer un plan de communication autour de l'INDC (affiches, campagne internet, logo, slogan,...)
27.2	Mettre à disposition les bons résultats sur le site internet de l'INDC
27.3	Ouvrir l'institution à destination des médecins généralistes et de la population (visite de site, portes ouvertes, présentations aux familles,...)

Annexe 6 : Liste initiale des KPI de l'INDC

1. Être l'institution de confiance, leader dans la région d'influence, qui accompagne la population dans toutes les étapes de la vie.
KPI 1. Taux de satisfaction des patients
KPI 2. Parts de marché des différentes spécialités médicales
KPI 3. Nombre d'admissions en hospitalisation conventionnelle pour les patients provenant du bassin de la patientèle
KPI 4. Nombre d'admissions en hospitalisation de jour pour les patients provenant du bassin de la patientèle
KPI 5. Nombre d'admissions par les SU pour les patients provenant du bassin de la patientèle
KPI 6. Nombre de consultations pour les patients provenant du bassin de la patientèle
KPI 7. Pourcentage de médecins généralistes adressant leurs patients à l'INDC
KPI 8. Taux de fidélisation des patients
KPI 9. Indice de réputation de l'hôpital
2. Assurer des résultats financiers afin de développer l'institution de façon durable et efficiente.
KPI 1. Volume d'honoraires produit par spécialité
KPI 2. Nombre de journées inappropriées par spécialité
KPI 3. Ratio journées facturées / journées justifiées par spécialité
KPI 4. Résultat d'exploitation par site
KPI 5. Marge brute d'exploitation par site
3. Offrir une prise en charge complète, sécurisée, de qualité et adaptée aux besoins de la patientèle.
KPI 1. Taux de satisfaction des patients
KPI 2. Nombre d'itinéraires cliniques en application
KPI 3. Nombre de patients pris en charge par les cliniques monothématiques (total et nouveaux)
KPI 4. Taux de mortalité par an
KPI 5. Taux d'escarres par an
KPI 6. Taux de chutes par an
KPI 7. Taux d'infections nosocomiales par an
4. Développer la coopération et la prise en charge conjointe avec les médecins référents.

KPI 1. Degrés de satisfaction globale des médecins référents vis-à-vis de l'institution
KPI 2. Nombre de patients provenant du bassin de patientèle envoyés par les médecins référents
KPI 3. Nombre de relations privilégiées entre médecins référents et polycliniques de l'INDC
5. Assurer l'efficacité des prestations autour d'un réseau de soins coordonné et développer les innovations.
KPI 1. Nombre de patients pris en charge en clinique monothématiques (total et nouveaux)
KPI 2. Nombre de patients pris en charge dans les unités de « pré-revalidation » par site
KPI 3. Nombre de patients pris en charge dans les unités de « court-séjours » par site
KPI 4. Positionnement de l'INDC, au niveau national, sur le taux d'ambulatorisation
KPI 5. Positionnement de l'INDC, au niveau national, sur la DMS
KPI 6. Positionnement de l'INDC, au niveau national, sur le taux d'occupation
6. Adapter les services proposés par les structures aux besoins des patients.
KPI 1. Taux de satisfaction des patients
KPI 2. Nombre d'hôpitaux concurrents par type de pathologie
KPI 3. Le temps d'attente
KPI 4. Le nombre de plaintes
KPI 5. Niveau d'engorgement des étages
KPI 6. Niveau d'engorgement des urgences
KPI 7. Accessibilité de l'hôpital (accès routier, parking, TEC...)
7. Améliorer la qualité et la sécurité des patients.
KPI 1. Nombre d'erreurs médicamenteuses
KPI 2. Nombre d'escarres
KPI 3. Nombre de chutes
KPI 4. Nombre d'infections nosocomiales
KPI 5. Nombre d'erreurs d'intervention dues à une mauvaise information préalable
KPI 6. Nombre d'itinéraires cliniques en application
KPI 7. Pourcentage d'erreurs d'identification (patients incorrectement identifiés)
8. Améliorer l'accueil et l'information des patients et proches.
KPI 1. Pourcentage du personnel formé à l'accueil
KPI 2. Nombre de rendez-vous pris par le standard téléphonique
KPI 3. Nombre d'appel perdus au standard téléphonique

KPI 4. Délai de prise de rendez-vous (total et nouveaux patients)
KPI 5. Nombre de rendez-vous réorienté vers d'autres sites de l'institution
KPI 6. Pourcentage des plaintes liées à l'accueil
KPI 7. Accessibilité de l'hôpital (accès routier, parking, TEC...)
9. Proposer des services aux personnes non résidentes.
KPI 1. Nombre de repas préparés par les cuisines des MR/MRS
KPI 2. Taux de rentabilité des cuisines des MR/MRS
KPI 3. Nombre de patients pris en charge par un système de téléassistance
10. Développer des modes de prises en charges ambulatoires.
KPI 1. Nombre de patients pris en charge par les centres de jour
KPI 2. Nombre de patients pris en charge dans une unité de « court-séjour »
11. Améliorer les liens avec les sites hospitaliers du groupe.
KPI 1. Nombre d'accords avec les services cliniques pour assurer un service prioritaire aux personnes des MR/MRS de l'INDC et conventionné
KPI 2. Nombre de refus de passage prioritaire
KPI 3. Nombre de patients pris en charge dans l'unité dédiée aux personnes âgées démentes
12. Aligner les stratégies des services avec la stratégie institutionnelle.
KPI 1. Ratio activité / potentiel d'activité par spécialité et par site
KPI 2. Nombre de plan de développement de service mis à jour
KPI 3. Nombre de plan de développement de départements mis à jour
13. Renforcer le management médical.
KPI 1. Pourcentage d'échelons hiérarchiques de la direction médicale aux rôles et responsabilités redéfinies
KPI 2. Pourcentage de services possédant un tableau de bord personnalisé
KPI 3. Pourcentage de services avec une politique de rémunération adaptée aux stratégies définies
14. Favoriser l'implantation des avancées médicales et technologiques.
KPI 1. Nombre de partenariats avec des universités
KPI 2. Nombre de réseaux de partage des connaissances avec des universités
KPI 3. Nombre d'innovations mis en place grâce aux réseaux avec des universités
KPI 4. Nombre de formations délivrées dans les universités

KPI 5. Nombre de collaborations de recherches avec des universités
15. Favoriser les collaborations.
KPI 1. Nombre de collaborations mises en place avec d'autres partenaires de soins
KPI 2. Nombre de services de l'INDC impliqués dans une collaboration avec d'autres partenaires de soins
16. Améliorer la gestion des opérations.
KPI 1. Nombre de protocole mis en place pour faciliter les processus internes
KPI 2. Durée moyenne de séjour
KPI 3. Taux d'occupation des lits
17. Transformer les plateaux techniques en business unit.
KPI 1. Nombre d'examens de biologie clinique
KPI 2. Nombre d'examens en radiologie
KPI 3. Nombre de consultations
KPI 4. Nombre d'admissions aux urgences
KPI 5. Nombre d'interventions chirurgicales
KPI 6. Taux d'utilisation des appareils de radiologie
KPI 7. Taux d'occupation des salles de consultations
KPI 8. Taux d'occupation des salles opératoires
18. Développer les synergies des services généraux et supports.
KPI 1. Nombre de commandes mutualisées passées par le service achat
KPI 2. Coût de gestion pour chaque service général et supports
19. Améliorer les relations avec les médecins référents.
KPI 1. Taux de satisfaction des médecins référents
KPI 2. Nombre de patients adressés par des médecins référents
KPI 3. Nombre de connexions par médecin référent à leur page dédiée sur le site internet
KPI 8. Pourcentage de décès communiqué dans les délais au médecin référent
20. Améliorer le positionnement des polycliniques sur le territoire.
KPI 1. Nombre de consultations par spécialités et par polycliniques
KPI 2. Nombre de collaborations entre médecins référents et polycliniques de l'INDC
KPI 3. Nombre de patients hospitalisés à l'INDC grâce aux collaborations médecins référents-polycliniques
21. Responsabiliser les différents échelons hiérarchiques.

KPI 1. Pourcentage de poste possédant un descriptif de fonction
KPI 2. Nombre d'organigramme défini
KPI 3. Nombre d'heures de formation par an et par personne proposé
KPI 4. Nombre d'heures de formation par an et par personne réalisé
KPI 5. Montant annuel des primes attribuées par objectifs
22. Développer les TIC.
KPI 1. Enquête de satisfaction du personnel
KPI 2. Montant des investissements alloués par site pour le développement des TIC
KPI 3. Nombre de patients suivi par télémedecine
KPI 4. Pourcentage de personnel médical et infirmier utilisant les services de télémedecine sur leur téléphone portable
23. Assurer un pilotage de l'institution proactif.
KPI 1. Nombre de tableaux de bord produits
KPI 2. Taux d'utilisation des tableaux de bord
24. Potentialiser l'ensemble des collaborateurs.
KPI 1. Âge moyen du personnel (médical, infirmier, administratif, support,...)
KPI 2. Nombre d'heures de formation délivrées à l'ensemble du personnel
KPI 3. Nombre de staff interdisciplinaires
KPI 4. Nombre de réunions dans chaque service
25. Aligner les investissements avec le plan stratégique.
KPI 1. Pourcentage des investissements prévus par le plan stratégique réalisés
26. Améliorer le volet hôtelier des sites.
KPI 1. Taux de satisfaction des patients
KPI 2. Pourcentage de chambres individuelles sur chaque site
27. Promouvoir la valeur ajoutée de l'institution.
KPI 1. Nombre de plaquettes réalisées
KPI 2. Nombre de communiqués de presse réalisés par an
KPI 3. Nombre de visite mensuelle sur la page « bons résultats » du site internet de l'INDC
KPI 4. Nombre de journées portes ouvertes par an
KPI 5. Nombre de formations à destination des médecins par an
KPI 6. Nombre d'association de malades accueillis dans les locaux de l'INDC

Annexe 7 : Guide d'entretiens des chefs de projet(s)/sponsors

Date de l'interview : / /

Chef de projet/sponsor :

Initiative :

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrais, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

Thème 1 : Les initiatives

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez/sponsorisez ?
- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?
- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutient ?
- Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?

	Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?	Sinon, est-il efficient d'en collecter les données ?

Thème 2 : Les KPI relatifs à l'objectif stratégique

- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

	Commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est pertinent ?	Si oui, ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?

Annexe 8 : Retranscriptions des entretiens

Date de l'interview : 23/02/2012

Serge Contor :

Fonction : Chef de projet DPI Site / Service : INDC / Informatique

Chef de projet :

Initiative : 22.3 : <i>Développement du dossier patient informatisé – DPI</i>
--

Sponsor : Christophe Ravoet

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrais, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?

Objectif d'amélioration générale dans les services, dans la qualité des soins. Il y a un objectif qui est d'améliorer l'accès à toutes les données relatives aux patients. C'est un accès qui se veut à la fois interne et externe avec une harmonisation de la source. C'est-à-dire, une source unique qui rassemblerait l'ensemble des informations.

Au niveau des métiers, il y a une volonté d'améliorer la clarté et la standardisation du mode de travail à travers un système qui automatise et qui aide dans le travail quotidien.

C'est une source d'informations pour toute une série de types d'activités telles que l'administratif ou l'analyse purement médicale.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

C'est un outil pour l'implémentation de l'activité du corps médical. Concrètement, ça va faciliter le travail quotidien des médecins, des infirmiers, des paramédicaux et de l'ensemble des soignants.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutien ?

Les indicateurs stratégiques doivent être définis par rapport aux objectifs généraux de l'institution. Chaque projet va pouvoir contribuer à ces indicateurs. Ce n'est pas un mon projet qui va les définir.

- Comment vérifier que l'objectif est atteint ?

Comme c'est un outil, il faut, tout d'abord, mesurer à quel point il est utilisé. Donc, une des mesures, c'est **le taux d'utilisation**.

Il y a une série de critères qualitatifs qui pourront être fait dans les données elles-mêmes.

Étant donné que l'outil enregistre l'ensemble de ce qui est fait, celui-ci pourra mesurer **l'état d'avancement d'une procédure** et donner une indication opérationnelle sur la marche à suivre.

A travers l'outil, planifier les tâches quotidiennes opérationnelles. On doit faire tel soin à tel moment et on va enregistrer le moment où l'on fait le soin. On va pouvoir faire des mesures opérationnelles des activités.

Etant donné que l'on a enregistré la planification et l'exécution, il n'y a pas de point de départ. Il est donc difficile de déterminer à quel point l'outil a fait avancer les choses par rapport à un point de départ. Dans le suivi de ce que l'on fait, je ne sais pas si l'on possède des statistiques sur ce qu'on a planifié et ce qu'on a réellement exécuté. Je dois reconnaître qu'il faut directement poser la question aux gens de terrain.

- Quelles sont les échéances de votre projet ?

Le projet a débuté il y a deux ans et devrait être achevé courant 2014.

- Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ? Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?

Pour l'instant ce sont des données papiers. Sauf pour une partie de l'unité qui utilise le logiciel MEDAR, où là on a un dossier médical. On n'a pas encore de dossier infirmières, tout est encore sur papier. Or, je pense que c'est là qu'il y aura le plus de faits mesurables. On pourrait réaliser une **mesure de temps** entre le moment où le dossier est entamé, où la personne s'en va et la clôture du dossier. Cela afin de mesurer notre efficacité générale à clôturer les dossiers de manière administrative. Ce qui, à terme, devra aboutir à l'uniformisation du dossier entre les services, ce qui n'est pas forcément le cas actuellement.

- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Enquête de satisfaction du personnel	Je pense que le projet va améliorer la satisfaction du personnel et avoir un impact important sur le quotidien de celui-ci. Il y aura une simplification des tâches administratives à travers une automatisation. Il y a l'aspect de la disponibilité des informations au quotidien. Cette disponibilité se veut également orienté vers l'extérieur, par exemple, si des gens sont de garde ils auront accès à l'information. Il y aura aussi une question d'image, par rapport à l'environnement général ; l'intégration d'une technologie dans le quotidien de l'hôpital.	La satisfaction du personnel me paraît importante surtout pour un service support.	La satisfaction du personnel ne va pas impacter le développement des TIC.
Montant des investissements alloués par site pour le développement des TIC	Ce ne sont pas les investissements qui mesurent si les TIC se passent bien mais ça contribue à ce que les TIC s'améliorent. Le taux d'investissement n'est pas un résultat de l'amélioration des TIC.	Les investissements sont pertinents. Ils représentent l'ensemble des ressources, autant en personnel qu'en matériel.	
Nombre de patients suivi par	C'est un objectif générique et dépendant du développement	C'est un indicateur général sur l'ensemble des TIC.	

télémédecine	technologique. C'est un objectif mais pas un indicateur. C'est un processus à mettre en place qui indiquera un aboutissement dans le développement TIC.	Pourrions-nous définir une valeur cible ? Oui, mais ça ne va pas être progressif. A un moment donné, on va rendre les choses possibles. On passe de zéro à quelque chose. Le fait d'y arriver sera l'aboutissement d'un processus mais ce ne sera pas progressif. ça ne va pas être un indicateur sur le long terme. Le nombre ne sera pas un indicateur.	
% de personnel médical et infirmier utilisant les services de télémédecine sur leur téléphone portable		Non, à l'instar du KPI précédent, ce n'est pas progressif. De plus, je ne suis pas sûr que le développement de chaque processus spécifique, à chaque service ou activité, sera mis potentiellement sur PDA. Cela va dépendre du besoin réel d'utiliser un PDA. On met déjà une série d'outil à disposition des opérateurs, en théorie ils ne devront pas travailler sur leur téléphone portable. Car celui-ci n'est pas forcément le plus adapté pour leur tâche auquel cas l'indicateur n'est pas pertinent.	

Remarques complémentaires :

Le nombre de personne qui utilise le service mis à disposition n'est pas une mesure de leur capacité à fournir le service. C'est une mesure de l'intérêt des gens pour ce service.

- L'objectif c'est qu'un maximum d'utilisateurs puisse s'en servir...

- Une fois qu'il est mis en place tout le monde peut s'en servir.

- Et vous vous visez le public le plus large possible ?

- Oui, tout à fait.

- Dès lors, au plus d'utilisateurs exploiteront l'outil au plus cela sera une réussite pour votre service.

- Oui, c'est une réussite car l'outil est adapté. Pour la consultation, c'est évident. Si l'on mesure cela sur une activité spécifique, oui. Si l'on mesure cela sur l'ensemble des activités, c'est vrai pour la consultation des médecins qui sont de garde. Pour les infirmiers, je ne sais pas comment l'utilisation du PDA pourrait les intéresser. Une évolution dans la pratique des gens doit aussi se faire. L'utilisation est un peu trop générique. Ça va aussi dépendre des habitudes de l'utilisateur dans son activité quotidienne. Pour certains ce sera important et pour d'autres cela sera complètement anecdotique. Comme maintenant, il y en a qui continue à travailler sur un agenda papier alors qu'il y a un agenda Outlook. Est-ce que cela veut dire les TIC ne font pas leur job parce que certains continuent à utiliser le papier ?

- Peut-être faudrait-il leur proposer une formation ?

- On ne va proposer des formations que s'ils sont demandeurs, peut-être qu'ils sont content avec leur papier. Est-ce que notre rôle c'est de promouvoir certaines pratiques ? Je pense qu'il faut laisser la liberté à chacun surtout dans le milieu médical. Notre rôle est de mettre des outils à disposition, d'orchestrer une communication autour et une formation associée. Après, cela est laissé au libre arbitre de chacun.

Avant l'utilisation de tablettes ou choses qui sont plus pointues ; il faudrait reculer d'un pas : **l'utilisation de l'e-mail ou des agendas électroniques** dans l'hôpital sont des indicateurs beaucoup plus importants.

- Comment pensez-vous que nous pourrions récolter l'information pour constituer cet indicateur ?

- On peut avoir le **nombre d'e-mail et d'éléments d'agenda échangé**, avoir une statistique des différents messages. L'utilisation serait un indicateur progressif. L'allocation des boîtes e-mails, quant à elle, ne sera pas progressive et ne semble pas pertinente étant donné qu'à terme elle friserait les 100%. C'est facilement quantifiable et n'enfreint aucune règle éthique.

Véronique Louppe :

Fonction : Infirmière chef de services
Site / Service : Jolimont-Lobbès / Soins infirmiers

Chef de projet :

Initiative : 7.7 : *Développer l'identification du patient et des prestataires*

Co-chef de projet : Véronique Guilmot
Sponsor : Alex Parfonry

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrai, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?

L'objectif, c'est en matière de prestataire, c'est de pouvoir **identifier** tout acte réalisé par un membre du personnel de l'institution pour laquelle un projet est en cours. Qu'il soit d'un point de vue administratif ou d'un point de vue infirmier. A partir du moment où une prestation doit être réalisée, on doit savoir qui a fait quoi. Donc, c'est vraiment d'assurer la **traçabilité**. Concernant les patients, il faut qu'il soit **identifié** (nom, date de naissance, état civil, etc.) dès son admission à l'hôpital et qu'il soit **tracé** au cours de son hospitalisation, quel que soit l'endroit où il va transiter (salle d'opération, salle de consultation, etc.). Au niveau institutionnel, le patient doit également être identifié à l'aide d'un numéro de dossier et d'un numéro de contact.

Il faut veiller à ce que le patient subisse la bonne prestation et non pas celle destinée à un voisin ayant approximativement le même nom.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

Le premier bénéficiaire c'est le patient. C'est un projet orienté « patient ». Celui-ci est identifié, à son arrivée, en tant qu'individu, en tant que personne. Que ce soit dans le cadre de

l'humanisation des hôpitaux ou du respect de la personne ou du droit du patient c'est vraiment quelque chose à mettre en évidence.

Il y a le début et la fin du processus. Il y a la prescription, la réalisation de la prestation, l'apport des résultats et le financement via la facture. Pour chaque étape du processus, l'identification correcte est primordiale. Par exemple, une facturation adressée au mauvais client fait mauvais genre en matière de sérieux et de professionnalisme.

- Qu'en est-il au sujet des bracelets d'identification des patients ?

Un principe d'identification par bracelet a été instauré dans les institutions en générale, mais qui manquait un peu de régularité dans la mise en place. Dès lors, l'objectif est d'institutionnaliser et de procédurier la mise en place de bracelet pour tout patient hospitalisé, quel que soit son âge ou son état mental.

- Envisagez-vous d'uniformiser ces bracelets entre les institutions ?

Oui, dans un deuxième temps. Cela relève plus du service achat. Actuellement, tous les hôpitaux utilisent des bracelets qui suivent le même principe. À terme, ce que l'on voudrait avoir, c'est un système de bracelet muni de code barre qui permet une identification depuis l'accueil.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutient?

Le côté qualité, c'est l'usage que l'on en fait. Par exemple, vendredi dernier, un incident est survenu : un patient ayant un nom assez complexe a bénéficié d'un examen qu'il n'aurait pas dû avoir parce qu'à toute une série d'échelons, les contrôles n'ont pas été faits. C'est le même principe que lors d'un accident de travail, c'est une accumulation de faits et de non-contrôle qui fait que l'incident survient quand même. Vous pouvez installer des filtres, si ceux-ci ne sont pas utilisés correctement et qu'il n'y a pas, en parallèle, une formation et une information mises en place de façon claire et structurée, quel que soit le niveau professionnel et le niveau métier, ça ne fonctionnera pas.

- Dans cette optique, est-ce qu'une sorte de formation pourrait-être envisagée ?

Tout à fait. Pas une formation qui doit durer trois jours mais certainement une sensibilisation. Celle-ci expliquerait qu'on a décidé de mettre en place dans l'institution des bracelets. Et donc l'information, elle est requise au niveau des infirmiers chefs d'unité qui en feront part à leur équipe. Et puis, elle est transmise également à des entités qui sont parfois plus parallèles et logistiques comme une équipe de brancardage. Elle doit également être transmise d'un point de vue médical et à des services médicotextiques (l'incident survenu étant de type radiologique) en vue d'une correspondance entre tous les métiers et les processus qui sont instaurés. Ce qui, actuellement, n'est pas le cas, l'incident en est la preuve.

- Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?

- ✓ Un contrôle qui est relativement basique : **le nombre de bracelets** via un contrôle ponctuel dans chaque unité de soin. Par exemple, l'unité gériatrique comporte 24 lits. Eh bien, on fait un tour de bracelet : quels sont les patients qui sont porteurs dans les 4 heures de leur admission. C'est relativement facile à faire y compris dans un service d'urgence où l'on a quand même un mouvement de patients qui est relativement important. Le contrôle visuel est un indicateur.
- ✓ En amont, **la consommation et l'achat des bracelets**. Le niveau de consommation montrerait qu'on est plus utilisateur de la mise en place de bracelets ou non. La consommation de bracelets par unité de soin dans l'ensemble de l'institution. Tout patient qui descend en salle d'opération doit avoir son bracelet. On a défini un endroit où le bracelet doit être placé, généralement le côté dominant. Et si cet endroit ne convient pas (par exemple, cas de gêne pour une perfusion), le bloc opératoire a une réserve de bracelets, il coupe le bracelet et recolle la bonne étiquette à un autre endroit. On peut donc également mesurer l'utilisation des bracelets en bloc opératoire.
- ✓ **La diminution des incidents liés à la mauvaise identification du bracelet**. Dans le département infirmier, on a une obligation légale de réaliser un relevé des accidents, incidents, chutes, escarres et d'événements indésirables. Ça pourrait être un indicateur que de visualiser l'évolution du taux d'incidents au prorata du nombre de patients.

▪ **Ne touche-t-on pas à un sujet tabou avec l'erreur médicamenteuse ?**

Oui car nous vivons dans une société judéo-chrétienne où l'erreur est mal perçue et où peut être culturellement à certains endroits, faire des erreurs est mal perçu. On peut toujours se tromper tant qu'on ne refait pas les mêmes erreurs. C'est pourquoi la dimension légale a été instaurée afin que l'incident notifié ne survienne plus à l'avenir.

▪ **Alors est-on plutôt dans une démarche réactive que proactive ?**

Non, justement, l'identification des événements indésirables a été mise en place dans une idée réactive mais pour que ça devienne beaucoup plus anticipatif à l'avenir. C'est-à-dire analyser les cas de figures où il y a eu des erreurs et comment anticipé pour que ça n'arrive plus.

- Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?
 - **Nombre de bracelets** : Je travaille avec des assistantes logistiques dans les institutions de soin. C'est du personnel qui est là en support mais qui n'est pas qualifié d'un point de vue infirmier, ce qui ne signifie pas qu'il n'est

pas qualitativement bon. L'idée, c'est de leur dire de manière ponctuelle et non prévisionnelle : « aujourd'hui, tu fais le tour de tous les patients et tu vérifies qu'ils ont un bracelet ; dans une heure tu reviens me voir pour me faire un topo de la situation ». Si un contrôle est effectué de manière récurrente, de bonnes habitudes vont s'instaurer.

- **L'achat et la consommation des bracelets / unité de soin :** il y a un économat général qui est sensé évaluer la consommation des bracelets par unité de soin. Il devrait pouvoir la ressortir facilement. A l'instar, en pharmacie, pour la consommation de lotion hydro alcoolique destinée au lavage des mains du personnel soignant. On pourrait imaginer que le service achat nous réalise le même service.
- **Le nombre d'incidents :** les incidents sont enregistrés et envoyés au niveau de la direction. Néanmoins, je dois reconnaître que nous n'avons pas de feed-back par rapport à cela. Il faut creuser la recherche dans la procédure établie pour obtenir l'information. Mais à partir du moment où on les enregistre, les données se trouvent quelque part. Ça ne devrait donc pas poser de problèmes de les ressortir.

➤ Qui est sensé vous fournir un feed-back ?

En fait, ces données sont envoyées au niveau des soins infirmiers. Ils sont remis à une secrétaire qui encode ces résultats. Pour l'instant, on n'a pas de retour sur le nombre d'incidents. Une information globale pourrait suffire, après à nous d'y rechercher l'information qui nous intéresse. Nous n'avons pas des incidents tous les jours. Nous sommes un petit site. Nous avons des cadres proportionnellement au nombre de lits qu'il y a. Nous avons approximativement 150 lits. Nous pouvons donc donner une estimation du nombre d'incidents. À mon sens, un feed-back semestriel serait pertinent. Le plus important reste les raisons qu'il y a derrière. À quoi le changement est lié ? En mettant les indicateurs en parallèle, nous pouvons travailler de manière beaucoup plus ciblée.

- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Nombre d'erreurs médicamenteuses		Oui, quelle que soit l'origine de l'erreur, c'est un aspect ça c'est sûr.	Tout évènement indésirable doit être notifié dans un document de déclaration incident/accident.
Nombre d'escarres		Oui même si ça n'est pas lié à un problème d'identification en tant que telle.	C'est qualitatif et c'est déjà connu. Nous n'avons pas les chiffres car cela fait partie de la déclaration d'incident/accident.
Nombre de chutes		Oui même si ça n'est pas lié à un problème d'identification en tant que telle.	C'est qualitatif et c'est déjà connu. Nous n'avons pas les chiffres car cela fait partie de la déclaration d'incident/accident.
Nombre d'infections nosocomiales	C'est beaucoup plus structuré car nous avons des réunions de comité d'hygiène pour lesquelles nous recevons un feed-back de la part de l'équipe d'hygiène hospitalière tant médicale qu'infirmière.	C'est tout à fait qualitatif, ça fait partie de la qualité de la prise en charge.	Il y a un processus qui est établi, tant au niveau des résultats de laboratoire que de déclaration d'isolement qui sont envoyés à madame Houdart (infirmière référent en Hygiène). Cette dernière les répertorie et envoie un feed-back (celui de 2011 vient d'être reçu), à chaque chef d'unité. Ce sont des relevés d'isolements

			pas d'infections nosocomiales mais on peut faire un parallélisme entre les deux.
Nombre d'erreurs d'intervention par une mauvaise information préalable	Je ne sais pas si d'un point de vue médical il y a des relevés qui sont effectués. Dans le cadre de notre initiative, nous sommes en train de discuter avec le docteur Molle, notre référent médical, d'une check-list déposé par l'OMS et qui prévoit tout une série d'items médico-infirmiers visant à réduire le nombre d'erreurs d'identification et d'interventions. Grâce à cela, la mortalité serait réduite d'un coefficient appréciable. Néanmoins, elle est lourde à mettre en place.	Oui, mais il n'y a pas que les infirmières qui son prestataires là-dedans et que les interventions sont médicales. D'un point de vue médical, je ne sais pas si eux ont un relevé d'erreurs qui peut aider. Lorsque cela survient, nous sommes tenus de le faire même si heureusement cela est rare.	
Nombre d'itinéraires cliniques en application	L'itinéraire clinique permet d'être beaucoup plus autonome et de fonctionner en roue libre. Qualitativement on sait où l'on va, la difficulté c'est le corps médical. Chacun a sa	C'est qualitatif. Mais ce qui est regrettable, c'est que nous en sommes venus à devoir réaliser des itinéraires cliniques, fautes d'informations au départ. Si nous avions des ordres clairs et précis de tous les prestataires à	

	formation qui lui est propre (ULB, UCL, etc.), donc les médecins ont un grand principe qui est la sacro-sainte liberté thérapeutique. Ce qui pose des difficultés pour trouver un consensus sur les modalités d'interventions et la posologie précise. C'est cette multiplicité de consignes divergentes qui a créé la nécessité de mettre en place les itinéraires cliniques.	tous les moments, nous n'aurions pas dû réaliser des itinéraires cliniques.	
% d'erreur d'identification (patients incorrectement identifiés)	Il peut être ciblé traitement ou administratif. Il y a la problématique des doublons. Cela pose problème au moment où il faut sélectionner le bon patient lors de son admission ou au moment d'encoder sa prestation.		Lorsqu'un doublon survient, c'est tout un processus relativement lourd qui est mis en place afin de s'assurer que s'en est un. L'analyse du nombre de doublon est un sous-produit de l'indicateur et serait intéressant à connaître maintenant et dans le futur ; au vue d'une procédure qui serait en train de se mettre en place. La personne de contact pour obtenir l'information : madame Wautier qui recommande une procédure impliquant

			monsieur Notté de Nivelles qui est le responsable administratif. Le passage à une identification unique devrait réduire le nombre de doublon à l'avenir mais pour le moment il y a tout le passif à épuiser.
--	--	--	--

Remarques complémentaires : Je fais partie de l'équipe de travail de l'initiative 13.2 (*mettre en place les outils de pilotage des services pour leurs activités*) où nous avons dû remettre, du point de vue infirmier, tous nos desideratas de critères. Les erreurs incidents/accidents faisaient partis de la demande d'identification.

Sebastien Loix :

Fonction : Médecin/ Intensiviste

Site / Service : Jolimont-Lobbès / Soins Intensifs

Chef de projet :

Initiative : 6.3 : *Créer une unité de court-séjour à Jolimont de 10 lits et de 5 lits sur les autres sites à partir des SU*

Sponsor : Christophe Ravoet

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrais, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?

Réaliser une unité de court-séjour qui permettrait en théorie de diminuer la charge de travail notamment infirmière, des étages puisque cette unité qui n'existe pas encore se trouve diluer dans d'autres étages. Et la logistique de ces patients-là est très importante puisque ce sont des patients qui viennent pour une très courte durée à l'hôpital mais qui nécessitent une grande logistique en termes de prise en charge d'examen. L'idée initiale était de délester les étages, de ce travail-là, pour qu'ils puissent se concentrer sur le patient plus chronique.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

Premièrement, ça apportera un bénéfice aux étages, puisque ces types de patients seront regroupés dans une unité appropriée. Dans un deuxième temps, ça pourra délester les urgences de pas mal de cas et il leur facilitera l'accueil des gens qui ont durée d'hospitalisation inférieure à 24 heures.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutien?

Nous avons eu un projet qui était très vague ; ce qui nous permet d'aller dans tous les sens. Nous avons choisi d'analyser d'abord la situation telle qu'elle existe pour le moment et de voir comment on pouvait répondre aux besoins de l'entité. Voir avec les différents interlocuteurs ce qui serait nécessaire de faire et ce qui pourrait aider dans le projet. Nous avons la chance de partir d'une page blanche ce qui nous laisse une plus grande flexibilité.

- Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?

C'est difficile de déterminer cela à priori. On a fait une analyse des données qu'Antares nous avait transmise. Les patients qui restent à 72 heures au départ des urgences. On a été voir quel type de patient c'était. Avec le RCM (résumé clinique minimum), est-ce que c'est en termes d'efficience qu'il faut jouer ? Non. Pour le moment, les patients qui viennent pour 72heures, nous sommes efficaces à ce niveau-là, les mises au point se font assez rapidement et ça ne devient pas des « out liners » en termes de RCM. L'objectif est de délester certains services. C'est uniquement un problème de gestion pour mettre ces gens à autre endroit pour délester les étages. On connaît la charge de travail inhérente à ces patients-là, il y a clairement un bénéfice à réaliser ce projet, ça coule de source, ça on le sait car ces gens-là nécessite beaucoup d'investissement en termes de personnel à l'étage.

Par contre, les domaines où l'on doit travailler, ce sont les moyens d'y arriver. On nous donne un objectif final, la manière d'y arriver c'est à d'autres de la définir au mieux par rapport à ce qui existe dans l'institution.

○ Quel est l'horizon du projet ?

On a structuré notre projet de la sorte : nous avons réalisé une phase d'analyse qui consistait à répondre « oui ou non » à la question : « est-ce qu'il faut monter ce genre de structure là ? ». Et quelque part, la conclusion de cette première phase était : oui, on peut faire quelque chose mais pas dans la forme qu'Antares nous la proposée qui n'est pas cohérente par rapport aux besoins de l'entité. On a donc modifié la forme. En regroupant cette unité de court-séjour avec des gens de l'hospitalisation provisoire et donc au départ des urgences. On a remodelé le projet initial d'Antares en fonction des besoins de l'entité. En effet ce dernier était trop vague car il traitait des données brutes qu'ils avaient reçu de l'hôpital mais qui en termes médical ne savait pas concrétiser l'unité comme il la proposait car ça n'avait pas de sens. On a réadapté au contexte médical de l'hôpital et du type de patient qui était englobé.

La seule chose que nous devons faire lorsque l'on définit ce type d'unité là, c'est de définir quels patients peut en bénéficier. Définir certains types de pathologies pour lequel il serait utile, on sait que ces gens-là vont nécessiter 3-4 examens, vont rester 2

à 3 jours à l'hôpital. C'est une phase qu'il faudra réaliser après. L'utilité en termes logistique et le bénéfice que les gens vont en tirer au niveau de l'hôpital, c'est clair et net. Il faudra définir clairement les critères d'admission pour cette unité-là. Mais je dois dire que par rapport à Antares, nous avons rajouté qu'il s'agirait d'une unité mixte avec l'hospitalisation provisoire qui est pour le moment difficilement gérable par les urgences. Il y aura un double bénéfice, non seulement pour les étages mais aussi pour les urgences qui seront déchargées de tout ce problème d'hospitalisation provisoire² qu'ils doivent gérer en plus de la première ligne.

² HP : patients qui n'ont pas d'hospitalisation défini dans un étage. L'unité d'hospitalisation provisoire n'est pas rattaché à un autre service que les urgences.

Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

	Commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est pertinent ?	Si oui, ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?
Taux de satisfaction des patients	Le projet est tellement vaste et nous sommes si peu avancé (toujours dans la phase d'analyse) qu'on n'a pas sollicité l'avis des patients. Et c'est difficilement réalisable, à moins de les prendre aux urgences mais cela reste délicat de les questionner sur une situation qu'eux ne vivent pas. C.-à-d. : j'ai peine à aller voir un patient des urgences pour lui faire miroiter une situation future alors qu'il ne se trouve pas actuellement dans une situation optimale.	Oui, certainement. Il vaudrait mieux interroger le personnel sur son taux de satisfaction par rapport à l'initiative en cours. Concernant le patient, nous sommes assurés qu'il en tirera bénéfice. Ça ne peut apporter qu'un mieux. Sur quoi vous basez-vous pour affirmer cela? C'est vraiment en comparaison avec la situation actuelle où des gens restent 36 heures aux urgences dans une petite chambre pas appropriée. Une unité appropriée apporterait une plus-value pour le confort patient.	Pas pour tout de suite.
Nombre d'hôpitaux concurrents par type de pathologie		Non. C'est quelque chose qui va amener un confort de travail et un confort patient mais qui ne va pas placer l'entité dans une position de force. Aux yeux des gens, cela ne va pas ramener	

		plus de monde, certainement pas. Ce n'est pas quelque chose qui va apporter une plus-value mesurable en termes d'admission. Les gens qui vont aux urgences se rendent à leur hôpital habituel et cela n'influe pas sur la décision des gens. Ceux qui sont habitués avec le Tivoli ne viendront pas ici subitement parce qu'il y a une unité de court-séjour pour dire les choses autrement.	
Le temps d'attente	En dehors du court-séjour, la vitesse d'exécution et de traitement d'un problème d'un patient est une donnée importante.	Oui.	Ça pourrait être mesurable mais ça n'est pas fait.
Le nombre de plaintes	Une structure optimale ou plutôt positive n'est pas censée avoir de plaintes.	Oui. Le % de plainte et sa tendance sont des indicateurs pertinents.	Je ne suis pas à même de répondre à cette question, il y a une cellule de médiation qui je suppose à une idée plus claire à ce sujet.
Niveau d'engorgement des étages	Le problème d'engorgement est connu, on sait ce qu'il faut faire pour améliorer les choses. Moi je le sais par les urgences, que les acteurs locaux n'arrivent pas à refaire monter leur patients aux étages, les étages n'arrivent pas à les faire sortir vers la maison, le home,... parce qu'il n'y a pas assez de médecins. Si il y a un engorgement dans les étages c'est que : trop d'arrivée ou le turn-over, la prise en charge des patients n'est pas efficiente ou encore qu'en aval ça bloque lors du	C'est clair. C'est une donnée cruciale, surtout pour notre projet.	Je n'ai pas de chiffres. Sur le site de Lobbes ça été clairement pointé du doigt par les acteurs locaux. Problème en bout de course qui fait que toute la chaîne hospitalisation en souffre. Il suffit d'aller dans les directions de

	retour à la maison.		nursing et d'avoir les taux d'occupation.
Niveau d'engorgement des urgences	C'est un problème social. Si les urgences sont engorgées on peut leur donner plus de moyens pour accroître la fluidité mais c'est malheureusement ajouter un sceau dans une baignoire où l'on n'a pas mis le bouchon en bas. On reste à flot mais on n'a pas traité le problème à la base. L'engorgement des urgences c'est une éducation des médecins traitants, des patients (leur dire que l'on doit d'abord passer par le généraliste avant de passer par les urgences).	Non. Contrairement aux étages qui sont en bout de course (l'hospitalisation même). Le fait que les urgences soient engorgées n'est pas un signe de bon fonctionnement de la chaîne et du trajet patient. Parce que c'est trop, c'est le début. Les urgences sont dépendantes du flux de patient qui débarque à l'hôpital.	

Remarques complémentaires : Les problèmes qu'a Jolimont ne sont pas forcément les mêmes que ceux de Lobbes. A Lobbes, les urgences ne fonctionnent pas trop mal mais qui sont engorgées car elles ne parviennent pas à faire monter les patients à l'étage. Car il n'y a pas assez de médecins disponibles, quelques fois les examens il faut les attendre longtemps donc on avance très lentement au niveau du diagnostic. C'est une autre région où il y a énormément de personnes âgées qui ne sont pas autonomes et qui ne peuvent pas rentrer à la maison et dont le placement nécessite parfois très longtemps. La gériatrie déborde, si on avait plus de lits de gériatrie, on embêterait moins la médecine interne, car pour l'instant beaucoup de personnes âgées non pas leur place là-bas. Il y a beaucoup de cas psycho-sociaux qui n'ont pas de référents où sur lesquels on ne sait pas les faire avancer très vite. La problématique de Jolimont est tout à fait différente. Je suis contraint de réaliser des projets différents pour chaque institution car les problèmes et les attentes des gens sont différentes. Le docteur Meurant est chargé de la mise en place de l'unité court-séjour sur Nivelles et est déjà bien avancé dans son projet.

Christine Dutrieux :

Fonction : Médiatrice
Site / Service : 4 sites hospitaliers / Médiation

Chef de projet :

Initiative : *8.1 : Former les professionnels à l'accueil, à l'orientation patient et à l'information des patients (deuil compris)*

Sponsor : Alain Bouchez

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrai, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?

Le projet est en lien avec ma fonction de médiateur. On constate que pas mal de plaintes de patients venaient de difficultés relationnelles, des problèmes d'accueil en soins d'urgence, etc. On s'est dit que si on peut jouer sur la manière **d'améliorer la qualité de la relation-patient**, peut-être qu'il y aura moins de plaintes. Ce qui permettrait, dans le cadre d'un premier accueil concluant, de **fidéliser le patient**. En effet, ce dernier sera plus enclin à revenir s'il a été bien accueilli la première fois.

L'**amélioration de la communication** est aussi un critère important car le fait d'entrer dans l'hôpital et d'avoir une première bonne impression est primordiale. Pour être performant à cet égard, nous avons mis en place des formations par le biais de l'accueil première ligne (premier contact patient). Le périmètre retenu renvoie aux 4 sites de INDC et les MRS. Les crèches ont été volontairement écartées dans un premier temps.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

Nous avons fait appel à un formateur à la suite de quoi différents **modules de formations** (séminaires de 2 journées) ont été mis en place.

L'objectif est de faire prendre conscience, à la personne qui accueille, des difficultés qu'elle peut rencontrer (agressivité d'un patient,...) et de lui donner les outils, au travers de jeux de rôles, qui lui permettront de gérer ses émotions et d'avoir une relation correcte avec le patient.

Par exemple:

- Le module communication téléphonique : traite de la gestion des priorités, comment faire pour que le patient patiente. Il y a une prise en charge des différentes situations, et le personnel est amené à exprimer les difficultés qu'il pourrait rencontrer.
 - Le module de la maîtrise des émotions : traite de la manière dont le personnel doit faire face à des situations compliquées, notamment le deuil ou la maladie. Cela devrait permettre d'améliorer le quotidien du personnel et qu'il se sente mieux.
- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutient ?

Les formations ont débuté en septembre 2011 et s'achèvent en juin 2012. Sur ce laps de temps, **250 personnes** auront été formées. Il faudra évaluer **l'impact des formations** sur le patient et sur le personnel. Je suis en réflexion sur la *méthodologie* à adopter pour mettre en place ces indicateurs. Etant donné que ce n'est pas ma formation, je me fais épauler par Christophe Happe dans cette tâche. Vos pistes méthodologiques sont les bienvenues.

Côté patient, nous avons des pistes, telles que faire un questionnaire et choisir un public cible. Par exemple, faire un sondage au sein des polycliniques. Le seul inconvénient, c'est que nous n'avons **pas de repères** car aucune pré-mesure n'ont été effectuées dans le passé. La seule chose qui existe, c'est une question générale dans les questionnaires de satisfaction : « *l'accueil a-t-il été chaleureux ?* ». Mais ça ne précise pas s'il s'agit de l'accueil chez les hôtesse d'accueil, en polycliniques,...

Il est important de déterminer la pertinence de celle-ci afin qu'elle puisse à terme figurer dans le catalogue des formations des ressources humaines dont s'occupe Mrs Guilmot. Un guide pratique explicatif permettrait aux nouveaux entrants, qui seraient à même de remplir les conditions pour un poste d'accueil, de savoir : « *Qu'est-ce qu'on attend d'un bon accueillant ?* » et « *en quoi une formation minimale est nécessaire ?* »

Il me semble utile de préciser que le projet 8.1 se subdivise en 3 segments :

- Former les **250 personnes** sur les 4 sites et MRS.
- Former **les médecins** à une meilleure communication avec leurs patients : tous les médecins des 4 sites, ayant manifesté une candidature volontaire, ont été formés.
- Former tout **le monde restant** (les visiteurs, les patients et les autres soignants). Pour ce faire, on travaille avec Mrs Deneufbourg sur une campagne de sensibilisation à l'accueil : *la SBAM attitude*. Chaque membre formé à la SBAM attitude pourra être identifié à l'aide d'un badge représentant un smiley.

Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

	Commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est pertinent ?	Si oui, ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?
Pourcentage du personnel formé à l'accueil	On se base sur la liste de présence. Combien de personnes étaient prévues initialement et combien se sont réellement présentées à la formation => taux d'absentéisme. Si ce taux est élevé, en définir les raisons (pertinence et efficacité de la formation). La formation est obligatoire et a été présentée comme telle par le comité de pilotage avec la volonté que les chefs de service participent également à la formation, pour qu'ils puissent s'imprégner du contenu et pérenniser les acquis de la formation. C'est plus du perfectionnement que de l'apprentissage pour les gens de terrain qui connaissent leur job.	Oui.	Un premier recensement a été effectué en 2011. Un premier constat : le nombre de participant au deuxième module est souvent moins élevé que celui du premier.

Nombre de rendez-vous pris par le standard téléphonique		Je ne suis pas sûre que cela soit pertinent car ce n'est pas le standard téléphonique qui prend ou donne les RDV. Eux, ils orientent en fonction des demandes.	
Nombre d'appels perdus au standard téléphonique	Il peut s'agir d'un premier contact. Et en cas d'insatisfaction du client, celui-ci peut fuir vers la concurrence.	Oui, je le resituerais dans l'initiative 8.2. pour qu'il soit vraiment intéressant.	
Délai de prise de rendez-vous (total et nouveaux patients)	<u>Exemple vécu</u> : une patiente contacte l'hôpital pour un rdv en gynécologie. Le personnel à l'accueil le fixe pour dans 6 mois... La personne part à la concurrence et ne décommande pas son rdv. Selon moi, il s'agit d'un souci organisationnel à charge de l'institution : « Qu'est-ce que l'on fait ? », « Quelles sont les plages de RDV urgent que l'on met à disposition ? » et « Quels sont les messages que l'on fait passer au personnel ? ». Ce sont des décisions institutionnelles. Ce n'est pas parce que l'on forme des gens à l'accueil et à l'orientation-patient que l'on va trouver des solutions à toutes les problématiques d'organisations, de RDV et d'indisponibilités de plage pour les nouveaux patients. Cela touche plusieurs départements : la gynécologie en fait partie, mais l'ophtalmologie aussi. Ce sont des rendez-vous à du très long terme.	Pertinent pour l'initiative 8.3. <u>Idée</u> : réaliser un tableau reprenant les délais d'attente pour la prise d'un nouveau rendez-vous en fonction de chaque département. Prévoir les actions correctrices à adopter en cas de dépassement d'un seuil.	

	Que fait-on avec ces patients ? Est-ce que le personnel a des consignes pour les cas urgents ? <u>Sur le fond</u> : problème organisationnel. <u>Sur la forme</u> : jusqu'où est prêt à aller l'employée pour aider le patient ? Et jusqu'où attend-t-on qu'elle aille ?		
Nombre de rendez-vous réorientés vers d'autres sites de l'institution	<u>Exemple vécu</u> : deux infirmières étaient prévues pour les prises de sang dans une de nos polycliniques à Binche. Une a été appelée en renfort sur un autre site et l'autre s'est donc retrouvée seule. Elle avait à gérer un patient qui devait faire une prise de sang particulière : toutes les demi-heures pendant deux heures. Entre temps, elle doit assister le médecin en consultation. Dès lors, elle a dû annuler la prise de sang du patient en question malgré son rdv. Le patient mécontent du traitement subi qui avait pris congé spécialement pour l'occasion m'a contacté. <u>Feed-back d'expérience</u> : il n'y a pas eu de réorientation du patient. Alors que l'hôpital de Jolimont est ouvert tous les jours pour les prises de sang. Et quelles sont les consignes des responsables ? Je me suis permis de rappeler aux responsables d'avertir leur personnel de la nécessité de réorienter les patients sur d'autres sites en cas de saturation. Il y a selon moi un travail qui doit être effectué sur <u>la mentalité du personnel</u> : lui faire prendre conscience qu'il travaille pour un	Ça me paraît intéressant et il y a un lien parce qu'on est dans l'orientation patient.	Il me semble qu'en radiologie, cela se fait. Mais je ne sais pas si c'est <u>spontané</u> et <u>systématique</u>. De plus, rien ne dit que le personnel prenne acte de la réorientation. Il faut savoir jusqu'où l'on va dans la réorientation-patient. Qu'est-ce qui est autorisé au niveau institutionnel ? Laisse-t-on la possibilité au personnel de prendre le temps de prendre un rdv dans une autre institution ?

	groupement ³ . Il y a parfois aussi une méconnaissance des structures ⁴ . C'est aussi le rôle des responsables de veiller à « l'orientation patient ».		
% des plaintes liées à l'accueil	L'accueil à tous les niveaux.	Oui, c'est pertinent.	Rapport annuel dans le cadre du SPF. J'ai un système d'encodage qui me permet de dire si la plainte est liée à du relationnel. Cela regroupe à la fois l'accueil mais aussi un conflit avec un médecin. Je catégorise mes plaintes par rapport aux droits des patients⁵. Dans le droit à des soins de qualité, on retrouve deux natures de plaintes : liées à un acte technique ou liées à un problème relationnel. Réaliser une nouvelle subdivision pour ne s'intéresser qu'aux plaintes liées à l'accueil serait une activité chronophage.
Accessibilité de l'hôpital (accès routier, parking, TEC...)		Oui. Dans le questionnaire de satisfaction, ça apparaissait fréquemment.	L'initiative 6.2 de Mrs Rombeaux me semble plus en adéquation avec cet indicateur. Comment évaluer que cela est accessible ? On n'améliore pas par hasard. Il doit exister des pré-mesures.

³ Dès la formation, il est nécessaire que les prestataires de soin aient à l'esprit l'identité INDC.

⁴ Je travaille avec Madame Rombeaux sur l'initiative 6.2 : améliorer les plans d'orientation-patient sur chaque site. On travaille sur la connaissance inter-sites. Qu'est-ce que chaque institution a à proposer ?

⁵ Je suis médiatrice. Je suis là dans le cadre de la loi d'août 2002 sur les droits des patients. Elle prévoit au patient des droits à des soins de qualité, à un second avis, au respect à la dignité, soulager en cas de douleur,...

Sophie Aunac :

Fonction : Médecin anesthésiste
Site / Service : Jolimont / Anesthésiologie

Chef de projet :

Initiative : 17.1 : Analyser les potentiels d'amélioration des principaux plateaux techniques de l'institution: urgences, blocs

Sponsor : Pierre Van Den Berge

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrai, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?

C'est un projet qu'on pilote à deux avec le docteur Dereeper qui est chef du service anesthésie de l'hôpital de Nivelles. Le but principal, c'est d'améliorer le fonctionnement interne du bloc opératoire, à savoir : une meilleure utilisation des plages horaires et des salles d'opération par l'ensemble des praticiens ou non-praticiens qui viennent travailler dans les salles d'opération.

- Vous me dites travailler en collaboration avec le docteur Dereeper. J'ai cru comprendre qu'il se retirait du projet. Il n'est donc plus responsable en tant que tel.

Voilà. C'est ce que je vous ai expliqué en préambule. Le préalable à la possibilité d'une gestion plus avancée du bloc opératoire tel qu'il est, passe par un programme informatique. Ceci a été confié à la société « ANTARES » parce que pour implémenter un programme informatique dans un bloc opératoire qu'il s'agisse d'un agenda comme d'une feuille d'anesthésie, il faut être à temps plein pour faire cela. Ce qui pour lui comme pour moi était une tâche qui s'est rapidement révélée être au-delà

de nos possibilités physiques, matérielles, d'implication dans un tel projet. Même si on est plus que sensible à la question.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

Je pense que ce projet va être utile aux différents professionnels qui travaillent dans le bloc opératoire, comme aux gens qui vont être à l'extérieur du bloc opératoire. Les implications peuvent être multiples et l'une des problématiques du projet, c'est qu'il concerne quatre sites opératoires. C'est-à-dire qu'il y a le site de Nivelles et Tubize qui est géré par le docteur Dereeper, qui a ses particularités propres et ses capacités d'amélioration propres. Il y a le site de Lobbes géré par le docteur Spoteau en tant qu'anesthésiste, qui a également des particularités propres. Et puis, il y a le site de Jolimont où moi je suis impliquée et qui a également des particularités propres. C'est entre autre pour cela que nous avons pris du retard. Il faut d'une part, réunir les personnes qui viennent d'endroits différents. Il faut plus de 25 minutes pour joindre Lobbes à Jolimont. D'autre part, il faut un programme informatique unique pour arriver à gérer de façon unique les patients. Et puis, si on veut acheter un programme de gestion ou un programme d'une feuille d'anesthésie, tant qu'à faire, on travaille ensemble, il faut avoir une feuille unique.

- C'est que vous voulez dire c'est que pour le moment, il n'y a pas d'uniformisation entre les différents sites au niveau des blocs opératoire ?

En termes de blocs opératoires, il y a une certaine uniformisation dans le sens où on essaie de tous travailler dans le même sens et d'avoir des caractéristiques de travail qui se rejoignent. Mais par exemple, l'architecture est différente ; ne serait-ce que la position de la stérilisation par rapport aux blocs opératoires. Celle-ci n'est pas la même entre Jolimont, Lobbes ou Nivelles. Or, un bloc opératoire travaille en collaboration plus qu'étroite avec sa stérilisation. Et donc les capacités d'amélioration de fonctionnement, elles vont avoir, dans les détails, des sous-projets qui seront différents en fonction des unités. Pour l'instant, le projet unique commun concerne l'informatisation qui va nous permettre d'enregistrer des données et de dire « voilà, ici on peut travailler sur tel point comme par exemple la verticalité du transport du patient entre les étages et le bloc opératoire ». Mais peut-être qu'à Lobbes, cela est parfait mais ils leur manquent peut-être une fluidité entre salles d'opération et salles de réveil. Il faut d'abord qu'on puisse, pour arriver à améliorer le fonctionnement du bloc opératoire, savoir où on peut travailler et où on va avoir le plus à progresser. Cela ne sert à rien de progresser sur un point qui est déjà bien huilé. Il faut travailler sur les points où on va avoir le plus important bras de levier. Et cela nécessite une analyse de l'outil de travail et du travail que l'on fait pour pouvoir dire : « voilà travaillons dans tel domaine plutôt que dans tel domaine ».

- Vous parliez de la nécessité d'avoir au préalable un outil informatique uniforme et standardisé. Y-a-t-il quelque chose en cours au niveau de la standardisation de cet outil ?

Il y a quelque chose en cours. Nous nous réunissons la semaine prochaine avec Antares pour essayer de décider rapidement du programme à choisir parce que les budgets sont débloqués par la direction. Nous savons que si l'informatique va beaucoup nous aider, elle ne va quand même pas résoudre tous nos problèmes. Il faudra donc continuer à se réunir et continuer à travailler sur le projet. C'est évident. C'est quelque chose qui prend du temps parce que les gens, les différents praticiens, ont des façons différentes de travailler. Donc, quand vous implémentez un programme informatique, chacun va dire « moi, je veux telle chose... moi, je veux aller jusque-là... » parce que l'informatique en anesthésie peut aller jusqu'à gérer complètement votre anesthésie. Donc, on doit d'abord définir des besoins. Et les besoins sont différents en fonction des écoles et des objectifs que l'on a. Moi, j'ai un objectif particulier ici : un objectif de formation puisque je suis maître de stage. Et donc, mes demandes vont sans doute être un peu plus précises que celles de mes confrères de Nivelles et de Lobbes, qui eux, vont rejoindre l'obligation de l'enregistrement des données. Moi, je vais sans doute devoir aller un peu plus loin parce que des médecins en formation vont me dire « voilà maintenant vous avez tel système de gestion des pousces seringues, est-ce que vous l'avez chez vous ou pas ? ». Nous avons des monitorings un peu particuliers en termes d'anesthésie qui arrivent sur le marché. Le feedback de ces monitorings peut permettre la gestion de la rapidité de l'injection du produit d'anesthésie.

- Pourrait-on faire le lien avec un itinéraire clinique ?

Tout à fait. Prenons l'exemple du patient qui doit ressortir l'après-midi. Il ne va pas recevoir les mêmes produits que le patient qui doit ou qui peut ressortir dans deux trois jours. Le patient qui doit ressortir l'après-midi, doit être sur ses deux pieds, conscient, orienté et adapté au moment de sa sortie de l'hôpital. Je ne vais pas lui donner les mêmes produits. D'un autre côté, si je ne l'endors pas assez, il risque d'avoir ce qu'on appelle un phénomène de « warness » c.à.d. de réveil per anesthésique et surtout de souvenirs désagréables. Parce que ce qui est important, ce n'est pas le souvenir, c'est le fait qu'il soit agréable ou désagréable. C'est très désagréable pour un patient de se réveiller au cours d'une intervention, d'entendre les gens parler. Nous en avons de moins en moins maintenant parce que nous avons des monitorings de profondeur d'anesthésie. Et c'est ceux-là même qui peuvent gérer maintenant, via des programmes informatiques, l'injection des produits d'anesthésie. On peut aller jusque-là dans l'informatisation du bloc opératoire.

- On parle ici d'informatisation, de standardisation au niveau du dosage mais n'y-a-t-il pas justement une certaine liberté thérapeutique que certains médecins voudront pratiquer ?

Exactement. C'est pour cela que chaque site va avoir ses objectifs propres. Un site comme l'hôpital de Lobbes n'a pas d'assistants d'anesthésie, donc de médecins en formation dans leurs projets. Je comprendrais très bien que de leur côté, ils veuillent garder une liberté thérapeutique complète vis-à-vis des injections des médicaments ou des choix des médicaments. La standardisation va surtout vous permettre d'éviter par exemple le surdosage. Par exemple, si je prescris un produit x, dont la posologie habituelle se trouve entre 5 et 10 mg/kg, avec un dosage de 50mg/kg parce que je tape un 0 de trop, l'ordinateur va me l'informer. L'avantage se trouve là. L'informatisation va permettre de limiter certaines erreurs. Cela va également permettre de standardiser certains protocoles. Il existe encore certaines vieilles écoles d'anesthésie qui mettent du curare. C'est un produit qui paralyse les muscles. Et elles le mettent en continu alors que c'est quelque chose que nous ne faisons plus. Donc, cela va permettre d'avoir des attitudes qui vont être plus en relation avec ce qu'on appelle les bonnes pratiques cliniques.

- Eprouvez-vous certaines difficultés à mettre cela en place ?

C'est difficile dans le sens où il y a beaucoup de médicaments, beaucoup de possibilités. Il y a beaucoup de protocoles d'anesthésie différents. On n'endort pas de la même façon en chirurgie ORL pour une chirurgie courte des cordes vocales que pour une chirurgie de longue durée en chirurgie digestive. Ce n'est pas du tout la même façon de faire. Le fait d'avoir des protocoles va également permettre d'accélérer le « remplissage », le fait de compléter le protocole d'anesthésie parce que la feuille d'anesthésie va nous proposer directement. Si je suis en ORL, elle va me proposer une ventilation avec des protocoles précis qui seront dans les normes de qualité et de sécurité. Tout cela doit être mis en place. C'est forcément long. Il y a des programmes qui existent et on doit choisir le meilleur.

- J'imagine que cela représente un travail continu ?

C'est un travail continu. Il y a beaucoup de choses à faire à Jolimont. D'un point de vue informatique, le bloc opératoire, c'est une feuille blanche. Et rien que pour cela, c'est un beau projet.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutient ?

A ce niveau, nous avons eu une question principale qui était la définition de la business unit. Si vous définissez la business unit comme une unité de business au sens économique

du terme, nous sommes dans l'erreur. Si vous définissez la business unit comme une unité fonctionnelle, nous adhérons de manière plus performante à la réalité parce qu'un bloc opératoire ne gagne pas d'argent. Le bloc opératoire est l'une des unités, si pas l'unité qui coûte le plus cher à la seconde à cause du personnel qui y travaille et le matériel de hautes technologies coûteux. Nous devons faire converger dans la même direction une unité de temps, unité de lieu et unité de personnel. Le facteur humain dedans est très important. Pour en revenir à la notion de business unit, on pourra très rapidement avoir des indicateurs de performance lorsqu'on pourra faire converger la durée réelle des opérations avec la durée standard des opérations. C'est pour cela qu'on devait passer par l'informatique. Et c'est également pour cela qu'on se rend compte que l'informatique ne va pas non plus tout résoudre. Prenons deux chirurgiens extrêmes : l'un effectue une opération « haut » standardisée pour durer 1h. Systématiquement, vous allez avoir des chirurgiens qui vont réaliser cette intervention en 45 minutes et d'autres systématiquement en 1h15. Vous avez un écart-type de 30 minutes. Sur cela, on pourra avoir un retour et dire : « voilà, chez le professeur D, cette intervention dure 45 minutes ». On pourra alors adapter son programme. Au lieu de laisser 5 ou 6 interventions, on en mettra 7 ou 8. Le docteur E au lieu de mettre 1h, met une 1h15. Bon, c'est un fait. Mais il faut adapter le programme opératoire de façon à bloquer le temps opératoire à 1h15 au lieu d'1h. Et donc d'adapter le programme opératoire de façon à ce que l'équipe mise en place, ne se trouve pas systématiquement en difficulté ou alors à être inoccupée 1h avant la fin du programme réel. On va très rapidement pouvoir le faire. On va également très rapidement pouvoir dire : où l'on s'égare dans le temps c.-à-d. entre deux interventions, il faut prévoir temps de nettoyage, temps de préparation du matériel, temps d'anesthésie. On pourra dire : « voilà, nous perdons systématiquement x heures par jour sur le nettoyage, le temps de préparation du matériel ou le temps de l'anesthésie. Il y a des temps d'anesthésie également. On endort un patient facilement comme vous et moi pour une intervention de l'appendicite. L'anesthésie va durer 5 minutes. Lorsque j'endors un patient pour l'ablation d'un poumon par exemple, le temps d'anesthésie est de plus d'une heure parce qu'il faut faire les choses différemment. Si vous gagnez 5 minutes sur 1 heure, c'est faisable. C'est 15% du temps. Vous gagnez 5 minutes sur 5 minutes, cela n'est pas faisable. On va donc pouvoir cibler les moments où on va pouvoir « gagner du temps ».

➤ Et gagner du temps, c'est gagner de l'argent j'imagine ?

C'est gagner de l'argent. C'est également améliorer la problématique du fonctionnement de l'unité. Je parle de l'hôpital de Jolimont. On a régulièrement des programmes qui dépassent le temps opératoire, qui se finissent au-delà des 18h30. On a régulièrement des problèmes avec le personnel infirmier car il est rémunéré pour travailler de 7h30 à 15h30 par exemple, pas pour aller travailler jusqu'à des 18h30, 19h00. On va pouvoir jouer là-dessous et améliorer la fonctionnalité dans ce sens-là.

➤ Quelles en sont les causes ? Sous-estime-t-on le temps opératoire ? Où le problème vient-il des prestataires ?

Elles sont tout à fait multiples les causes. Les mettre en évidence va déjà nous prendre un petit peu de temps. Elles ne sont pas les mêmes à Jolimont et à Lobbes. C'est connu qu'en terme de performance humaine, tout ce qui va être automatique, standardisé, va être plus rapide que tout ce qui vous demande une réflexion à chaque acte. Dans notre projet, il est évident que les besoins d'un bloc opératoire vont être différents d'un autre bloc opératoire. Nous avons des chirurgiens qui ont des tâches multiples et qui vont régulièrement à l'étage entre deux chirurgies. On a des anesthésistes en formation. Et donc mettre une perfusion par exemple, cela prend un peu plus de temps qu'un anesthésiste qui n'est pas en formation. Ce sont des paramètres que nous devons prendre en compte. Si je veux perdre un minimum de temps sur une intervention, je vais mettre systématiquement dans mes interventions des anesthésistes expérimentés qui vont enchaînés les choses rapidement. Mais d'un autre côté, je ne réponds plus à l'un des objectifs de Jolimont qui est un objectif de formation. Cela n'est pas forcément l'objectif de Nivelles, de Lobbes ou de Tubize. D'où la disparité et la difficulté que l'on rencontre un tout petit peu. Mais je pense que cette difficulté est tout à fait surmontable dans le sens où l'analyse structurelle peut se faire dans chacun des blocs opératoires. Cela ne va pas nous empêcher de faire des standardisations dans chaque discipline, dans chaque hôpital et de nous faire être plus efficient.

➤ Cela signifie-t-il qu'au sein de l'INDC, la formation est centralisée que sur Jolimont ?

Elle n'est pas centralisée que sur Jolimont. Chaque site a son importance. On travaille par exemple sur des sets. Un set, c'est un emballage tout prêt pour mettre les cathéters centraux par exemple. On les propose dans les trois hôpitaux. Chacun fait son retour. Le but est d'avoir un set qui soit facile d'utilisation et agréable à utiliser aussi bien pour les praticiens de Nivelles et de Tubize, que pour ceux de Lobbes ou de Jolimont. Ce n'est pas parce qu'une couleur de seringue va nous plaire qu'on va l'imposer à Nivelles et à Lobbes. On ne peut pas fonctionner comme cela. On demande l'avis de chaque site. Ce n'est pas parce que nous avons un objectif de formation, que nous sommes systématiquement supérieurs ou meilleurs ou que nous devons décider. Les décisions doivent être prises avec les personnes qui utilisent. Si vous voulez mettre un médecin en formation, il est obligatoire qu'il y ait un maître de stage dans ce service.

- Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?

Par exemple au niveau du temps : entre le moment où le patient entre en salle d'opération et la mise des champs opératoires et la scission. Ce n'est pas parce que le patient est en salle d'opération qu'il est opéré tout de suite. Dans certaines disciplines, l'installation peut prendre 40 minutes. En orthopédie, dans le cadre de la chirurgie de l'épaule, l'installation est très longue. On pourra réfléchir sur du matériel à acheter. Cela a déjà été

fait en orthopédie par exemple pour les têtes. Une tête, c'est quelque chose qui coince la tête. Un appareil pour mettre la tête dans une bonne position a été acheté récemment pour faciliter l'installation, pour gagner un tout petit peu de temps. On va pouvoir mesurer ces temps-là. On va pouvoir mesurer les temps opératoires. On va également pouvoir mesurer tous les temps perdus à cause de la stérilisation du matériel entre deux chirurgies. Prenons par exemple une chirurgie assez rapide qui est la chirurgie du genou. Donc la chirurgie exploratrice du genou. Sur une matinée, on doit pouvoir en faire entre 4 et 6. Mais si vous n'avez que 3 sets de matériel, entre temps, il faut stériliser le matériel. C'est là que la stérilisation intervient. La décision finale, elle peut être : soit de jouer sur la stérilisation mais vous avez des temps de stérilisation qui sont standards et dont on ne peut pas sortir ; soit l'investissement sur du nouveaux matériels. Mais là, une nouvelle problématique va entrer en jeu : le stockage du matériel. C'est toute une chaîne d'événements qui nécessite une réflexion à l'échelle des 4 sites (car le matériel circule d'un site à l'autre) mais également à l'échelle locale. Parce que mettre des placards dans un couloir, c'est bien. Mais cela limite la circulation des personnes et des lits. Cela impacte donc la fluidité de circulation du matériel. Et la gestion informatique du bloc opératoire va nous permettre de dire « attention, tel jour, vous avez 2 opérations qui nécessitent un microscope et elles sont à un bout à l'autre du bloc opératoire. D'où recentrez-vous ». Cela va nous permettre de gérer à la fois les patients, donc de gérer les interventions elles-mêmes en disant « il faut intercaler entre ces deux opérations, une opération d'un autre type, pour pouvoir gérer le matériel ». Cela concerne la gestion du matériel patient strict. Il va y avoir la gestion du matériel. Cela va nous permettre de dire « attention, vous avez deux chirurgiens qui ont besoin de l'appareil au même moment et vous n'avez qu'un seul appareil, donc d'intercaler et mettre les interventions sur deux plages horaires différentes ». Et cela va également nous permettre de gérer le personnel en disant « attention, vous risquez de dépasser en terme d'horaire, vous avez besoin de plus d'instrumentistes ce jour-là ». Toutes ces gestions ont un impact sur la gestion du bloc opératoire. Il y a des aspects communs aux quatre sites pour ces gestions-là et des aspects particuliers. C'est l'un des challenges de l'objectif. C'est de faire converger les objectifs locaux avec les objectifs généraux.

➤ **Mais comment faites-vous actuellement pour gérer tous ces aspects ?**

Un papier, un crayon. Beaucoup de temps passé, beaucoup de bonne volonté aussi bien de la part des chirurgiens que des infirmières que des anesthésistes.

➤ **J'imagine que le risque d'erreur est d'office plus élevé ?**

Oui. Effectivement. Plus vous mettez de facteurs humains dans une procédure, plus le risque d'erreur est important.

➤ **Concernant le facteur temps, y a-t-il actuellement des données disponibles ?**

Je pense que le docteur Dereeper avait fait un enregistrement en son temps salle par salle. Des données telles que patient entré à telle heure, fin d'anesthésie à telle heure,

incision à telle heure... Si vous n'avez pas d'outils d'enregistrement, il faut des personnes qui soient là rien que pour faire cela. C'est très lourd à réaliser. Il faut quelqu'un de très rigoureux.

- Selon vous, cela n'est pas efficient de collecter ce genre de données ?

Ce n'est pas une question d'efficience. D'un point de vue pratique, c'est simplement très difficile à organiser. Sur les épaules de qui va reposer l'enregistrement ? L'idéal serait d'employer le personnel infirmier à la collecte de ces données mais d'un côté ces personnes font déjà énormément de choses. D'où la nécessité de collecter ces données informatiquement. L'outil informatique ne va donc pas nous aider à résoudre le problème mais à mettre le doigt sur le problème. L'intérêt est d'analyser les raisons pour lesquelles nous perdons notre temps comme c'est le cas en chirurgie cardiaque. Nous perdons notre temps parce qu'entre deux chirurgies, comme il s'agit d'une intervention très sanglante, il y a beaucoup de nettoyage à faire. Il y a donc le temps de nettoyage, le temps de transport du patient et le temps de préparation du matériel. A Jolimont, nous n'avons pas à notre disposition une salle dédiée à la préparation du matériel. Le matériel se prépare dans la salle d'opération en même temps qu'on endort le patient. Et donc l'infirmière, qui est censée aider à l'anesthésie, doit également aider sa collègue à ouvrir les paquets. Et cela doit être fait de façon stérile. D'un autre côté, vous augmentez la contamination desdits paquets parce que comme on est en train de préparer le patient, on tourne autour de lui. Et plus vous tournez autour de lui, de tables d'opération et de tables stériles, plus vous avez de risques de les contaminer. Pour pallier ce problème, une partie de l'anesthésie se fait en salle de réveil pendant que l'infirmière prépare le matériel.

Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

	Commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est pertinent ?	Si oui, ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?
Nombre d'exams de biologie clinique	Cela se situe un peu en amont du bloc opératoire. Nous n'avons franchement pas réfléchi à cette	C'est certainement pertinent. Car il existe encore de vieilles pratiques automatiques qui ne sont plus forcément au goût du	Mais cela est tout à fait mesurable. Il suffit de sortir les chiffres du laboratoire. Cela se fait en fonction du patient et

	problématique-là. Les biologies cliniques concernent plus le préopératoire. Il existe des guides pratiques cliniques qui nous disent : « voilà, vous entrez pour tel patient, vous devez faire cela pour tel patient. Il suffit de se conformer aux bonnes pratiques cliniques pour être en règle de ce côté-là. »	jour. Le nombre important d'examens en radiologie ne permet pas de dire si le bloc opératoire est efficient ou pas.	de l'opération. Je ne fais pas les mêmes examens si j'endors quelqu'un pour une coloscopie que si je prends le même patient à qui on découvre un cancer du côlon et à qui je vais proposer une colectomie totale. Ces données sont donc faciles à obtenir et gérables.
Nombre d'examens en radiologie	C'est également quelque chose qui se fait en amont. Cela ne concerne plus au sens strict le bloc opératoire mais peut-être plus le bloc technique ou plateau technique.	Les examens en radiologie n'ont pas une influence directe sur l'idée de business unit des blocs opératoires. Peut-être au niveau des plateaux techniques. Mais je ne suis pas dans cette initiative là et peut-être pas suffisamment compétente pour juger. Le nombre important d'examens en radiologie ne permet pas de dire si le bloc opératoire est efficient ou pas. Cela n'influence pas le fonctionnement du bloc opératoire. Pour les services médicaux, en amont, cela peut être un indicateur pertinent mais pour le fonctionnement pur du bloc opératoire, cela n'est pas un indicateur. En amont, cela peut être intéressant pour éviter les problèmes de doublons et dans le cadre du remboursement de ces examens. Cela peut permettre une meilleure	Tous ces examens sont déjà informatisés. Quand un médecin décide de faire une radiographie des poumons sur un patient, même s'il est jeune, même si cela s'avère inutile, le médecin va la faire malgré tout. Et nous l'enregistrons. Vous allez pouvoir calculer le nombre d'examens réalisés. Par contre, il sera difficile de dire le nombre d'examens faits de manière injustifiée.

		adaptation des guides cliniques.	
Nombre de consultations	Oui et non. Oui, dans le sens où si le bloc opératoire fonctionne bien, cela va permettre aux patients d'être opérés plus rapidement dans le temps (par exemple, 18/03 au lieu de 20/03). Les chirurgiens, en amont, pourront donc plus rapidement orientés leurs patients et avoir un meilleur parcours clinique du patient. D'un autre côté, si le bloc opératoire est efficient, vous avez un nombre plus important de patients à opérer. Et en amont, cela entraînera une augmentation de la consultation d'anesthésie. Par exemple, si j'opère 900 patients par mois, je vais faire 600-700 consultations d'anesthésie. Si j'opère 1200 patients, je vais augmenter ma consultation d'autant. Les freins résiduels à l'augmentation de l'activité du bloc opératoire vont être les freins en termes de disponibilité des lits à l'étage.	Si le bloc opératoire est efficient, cela augmente les consultations. Donc, d'un point de vue monétaire, cela peut s'avérer très intéressant. Cela va donc permettre d'augmenter les flux.	

Nombre d'admissions aux urgences	Non, ce n'est pas un indicateur car ce nombre dépend trop des activités des personnes en externe. L'influence va être trop minime même si je fais quelque chose dessus.		
Nombre d'interventions chirurgicales	Clairement, c'est un indicateur. C'est un bon indicateur qui permet aux gens de savoir ce qu'ils ont fait : est-ce moins bien que l'année précédente par exemple... Cela permet des comparaisons. Ce genre de données est stimulant pour les équipes car elles se disent « ah c'est bien, on a bien travaillé... donc continuons »		Des données papiers sont disponibles. La secrétaire du bloc opératoire peut vous dire le nombre de patients qui sont passés par le bloc opératoire. Chaque chirurgien peut dire : « Mr Bertrand peut vous dire j'ai fait x cures d'hernies inguinales en 2010 ». C'est pour cette raison que l'outil informatique est très important pour éviter ces collectes de données par papier.
Taux d'utilisation des appareils de radiologie	Les appareils de radiologie du bloc opératoire, certainement. Les appareils du service radiologie, non. Au bloc opératoire, il y a des scopies, des appareils d'échographie. Si un appareil d'échographie est resté inutilisé durant une semaine, il est inutile. Cela peut donc être utile à la gestion du bloc car on pourra alors redéployer le matériel sur les autres sites qui en ont plus besoin.	Mais cela ne représente pas un incitant particulier. Cela ne va pas influencer les équipes si on affiche ce genre de données à l'entrée du bloc opératoire.	Il n'y a pas de données disponibles selon moi. Il serait possible de les obtenir au moyen du libellé de l'intervention. Cela pourrait s'inscrire dans la gestion de l'agenda du bloc opératoire. Chaque chirurgien pourrait dire : « j'ai besoin d'une scopie ou de l'échographie... » Cela va alors permettre de dire que l'échographe a été utilisé tant de fois sur la semaine ou sur le mois par tant de

			chirurgien. Ces données pourraient être disponibles si on avait le personnel pour les enregistrer. Mais avec l'informatique, ces données seront disponibles.
Taux d'occupation des salles de consultations	Pour le bloc opératoire, il ne s'agit pas d'un intervenant direct dans son efficience. Vous auriez pu remplacer par le taux d'occupation des salles d'opération. Il faut savoir que le bloc opératoire est un milieu très fermé. Donc, tout ce qui est externe au bloc opératoire, ont une faible influence sur la gestion du bloc opératoire. Par contre, la stérilisation a une influence sur la gestion du bloc opératoire. Par conséquent, les consultations, leur localisation, n'est pas un élément de la qualité de l'efficience. Mais cela peut être un marqueur secondaire en amont d'une efficience du bloc opératoire. Mais cela va être très difficile à mettre en évidence.		
Taux d'occupation des salles opératoires	A 10 sur 10.		Nous collectons aujourd'hui ces données mais de façon manuelle entre la chef du bloc opératoire et moi. Dès qu'une salle se libère

			parce qu'une intervention a été plus longue, plus courte, parce qu'un patient a été supprimé, nous réallouons les moyens. Malheureusement, qui dit manuel, dit beaucoup de perte de temps. Pour le moment, nous réagissons grâce à l'interaction entre le personnel médical et infirmier. L'outil informatique nous permettra encore une fois d'agir plus efficacement et de gagner du temps. L'idéal serait un tableau visuel avec la progression des interventions. Cela nous permettra de voir la salle qui va poser problème, celle qui va se libérer plus tôt pour faire un jeu des chaises musicales. Ce sera un outil de travail de tous les jours et un outil de mesure de l'efficacité comme un outil d'amélioration de l'efficacité. Et cela quel que soit le bloc opératoire. Il y a même des interactions possibles avec l'étage avec ce genre de matériel.
--	--	--	--

Delphine Deneufbourg :

Fonction : Responsable communication

Site / Service : INDC / Communication et relations publiques

Chef de projet :

Initiative : 27.1 : *Elaborer un plan de communication autour de l'INDC (affiches, campagne internet, logo, slogan,...)*

Sponsor : Reiner Kaivers

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrai, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?

L'objectif premier consiste à valoriser l'image de l'INDC aussi bien en interne qu'en externe, sur base d'actions de communication. L'initiative consiste donc à élaborer un plan stratégique de communication sur lequel nous pourrions nous appuyer par la suite pour développer des plans d'actions annuels. Le but recherché est vraiment d'accroître la visibilité des institutions de l'INDC.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

Dans un premier temps, le projet va permettre de **structurer la communication**. Dans un deuxième temps, c'est vraiment de développer, comme je le disais, des **actions de communication**. Donc, cela va apporter quoi à qui. Tout d'abord, cela va développer l'image des institutions de l'INDC auprès du **grand public** mais également auprès d'un public plus précis comme les partenaires, les médecins généralistes, etc. Cela va également permettre aux patients d'avoir une meilleure connaissance de l'offre de soins et de services des institutions. En interne, cela va permettre à l'ensemble des collaborateurs, personnel et médecins, de mieux connaître ce qui se passe au sein des institutions.

- Si je comprends bien, vous agissez aussi bien au niveau des patients qu'au niveau des prestataires?

Tout à fait. C'est même un peu plus complexe que cela. Il y a une communication en interne au niveau de tous les prestataires, collaborateurs, médecins... Et puis, il y a tout le volet externe qui touche à tous nos publics cibles, toutes les personnes à qui on s'adresse, en particulier les patients, les résidents, leur entourage. Mais également tout le partenariat que nous pouvons avoir avec les organismes de soin, des partenariats locaux avec les médecins généralistes. Et puis, nous nous adressons de façon plus générale aux grands publics.

- J'ai cru entendre qu'en ce qui concerne la communication interne, vous passez par un serveur partagé comme le vademécum. Est-ce bien cela ?

Il existe plusieurs outils. Il y a effectivement le vademécum. Mais là, il s'agit plus d'un partage de dossiers. Il existe, entre nous, une lettre d'informations mensuelle. Il existe un magazine trimestriel. Il y a aussi d'autres supports : des notes de service, des courriers qu'on adresse directement au personnel. Cela dépend un petit peu. Pour le moment, on travaille aussi au développement d'un intranet.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutient?

La difficulté en matière de communication, c'est justement de définir des indicateurs. En fonction des outils qui vont être développés, je pense par exemple au site intranet, internet, là cela va être assez simple. Cela va être le nombre de visiteurs par jour. Cela va être forcément un indicateur qui va permettre de voir si l'outil est lu ou pas. Maintenant, par rapport aux outils papiers, l'« entrenous » par exemple, les magazines, etc. cela va être le taux de lecture. Par rapport au taux de lecture, c'est assez difficile parce qu'on envoie et après... L'idée, c'était de pouvoir à un moment donné sonder les personnes via des petits tests sympas. Nous ne sommes pas encore allés jusqu'à cela. Pour le moment, dans mon projet, j'en suis à définir des plans d'actions, définir quels types d'action à mettre en place. Mais je ne m'en suis pas encore à la définition des indicateurs par action.

- Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?

	Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?	Sinon, est-il efficient d'en collecter les données ?
Le taux de visite par jour	Pour le moment, nous n'avons rien.	
Le taux de lecture	Pour le moment, nous n'avons rien.	

Pour toutes les actions que nous allons mettre en place au niveau de la communication, il y aura à chaque fois une évaluation. Mais pour le moment, nous ne sommes qu'à la définition. L'évaluation constitue la deuxième étape du projet.

- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

	Commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est pertinent ?	Si oui, ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?
Nombre de plaquettes réalisées	Que font les services avec la création de ces plaquettes ? Il y a des services qui demandent que soit le service communication développe une plaquette d'informations, soit ils la font eux-mêmes. Par exemple, on pense que le patient a besoin d'informations sur la piqure périodurale. Le service fait alors une plaquette. Mais cette information est-elle pertinente ? Est-elle recherchée par le patient ? On ne le sait pas mais on fait la plaquette quand même. Et puis, on retrouve des folders dans des caisses	Non, parce que certains services réalisent parfois des plaquettes d'information sans même réfléchir à l'objectif de ces dernières. On aurait beau avoir 150 plaquettes d'information, ce n'est pas pour autant qu'on a atteint notre objectif qui consiste à promouvoir l'institution et sa valeur ajoutée. Pour moi, le nombre de plaquettes n'est pas en soi un indicateur qui permet de dire si nous avons atteint notre objectif. C'est plutôt la réflexion générale et stratégique par rapport à l'ensemble	

	qu'on n'a jamais utilisées. La réalisation de ces plaquettes, pas toujours exploitées, représente un coût qui pourrait être imputé à autres choses.	des informations qu'on donne par rapport aux plaquettes qui va apporter une plus-value. Mais pas le nombre.	
Nombre de communiqués de presse réalisés par an	Mais il faut que cet indicateur soit en lien avec un autre à savoir la répercussion dans la presse. Si nous faisons 10 communiqués de presse par mois et qu'au final, il n'y a qu'un seul article qui en découle, il y a alors lieu de repenser la façon dont nous communiquons.	Oui. C'est un indicateur important parce que cela signifie que l'on a donné une image de l'institution par rapport à un projet spécifique.	Depuis le début de l'année dernière, je tiens un petit cahier dans lequel j'indique les éventuels contacts que j'ai pu avoir avec des journalistes, que ce soit de notre initiative ou de celle du journaliste. C'est à titre personnel. Ce n'est pas diffusé ni analysé par l'institution. J'indique également quand j'envoie un communiqué de presse et s'il y a eu quelque chose dans la presse. Et j'indique également dans quel type de presse.
Nombre de visite mensuelle sur la page « bons résultats » du site internet de l'INDC	C'est une page qui n'existe pas encore. Oui, c'est un indicateur. Mais pour moi, cela devrait faire partie d'un indicateur plus large comme cité tout à l'heure : le nombre de visiteurs sur le site internet.	Pour moi, il faudrait aussi bien connaître le nombre global de visites sur le site internet que ce que vont voir les personnes sur le site internet. Vont-ils plutôt voir par exemple les résultats de l'entreprise ? Ou	Non, ces informations ne sont pas disponibles.

		vont-ils plutôt voir des articles scientifiques ?	
Nombre de journées portes ouvertes par an		Oui. C'est un bon indicateur. C'est le nombre de journées et surtout le nombre de visiteurs par journée.	Le nombre de visiteurs est quantifiable. Nous l'avons déjà fait dans le cadre de gros événements. Par exemple, la dernière fois que nous l'avons fait, nous avons compté le nombre de Bic donnés aux visiteurs. Tout site confondu, nous organisons 5 à 6 journées portes ouvertes par an. Mais ces journées portes ouvertes comprennent également les dépistages où les personnes viennent s'informer sur le tabac, où nous faisons des tests pour le diabète. Pour moi, ce sont aussi des journées portes ouvertes. Idéalement, l'objectif, tout site confondu, serait d'organiser 10 événements par an.
Nombre de formations à destination des médecins par an	Par contre, les activités scientifiques, c'est différent. Ce sont des réunions, entre scientifiques, sur des	Dans la stratégie H, non. Je n'en vois pas trop l'intérêt. Il n'y a pas de communication sur les formations. C'est	

	thématiques précises où l'on invite soit les médecins d'institution, soit les médecins généralistes. Là, cela entre complètement dans cet objectif. Il est alors pertinent d'avoir le nombre d'activités organisés et le type de fréquentation de ce genre de rencontres.	surtout le rôle des ressources humaines et de la direction médicale .	
Nombre d'association de malades accueillis dans les locaux de l'INDC	Oui, cela peut être intéressant. Aujourd'hui, il n'y en a pas. Intéressant parce que cela concerne des associations bien organisées qui ont des canaux de communication propres. Cela permettrait donc de créer des liens avec eux. Et donc, d'élargir encore plus notre public cible.		

Yasmina Hamache:

Fonction : Infirmière chef de services

Site / Service : Jolimont-Lobbès / Département Infirmier

Chef de projet :

Initiative : 24.2 : *Valoriser le plan de formation pour l'ensemble du personnel de l'institution*

Co-chef de projet : Véronique Guilmot

Sponsor : Nadine Todeschini

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrais, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?

Valoriser le plan de formation pour l'ensemble du personnel de nos institutions. Amener tous les collaborateurs à développer les compétences spécifiques métiers et leur proposer un plan de formation qui sera en adéquation avec les différents besoins qui auront été identifiés, notamment pour l'utilisation de *nouvelles machines* ou la maîtrise d'une *nouvelle technologie*.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

L'institution évolue, les formations permettent aux collaborateurs d'améliorer leurs connaissances et d'être tenu au courant de cette formation continue indispensable pour évoluer vers l'hôpital de demain.

En matière de formation, le département infirmier est *légiféré* et *structuré*. Ce qui lui permet de recevoir un budget alloué par le BMF. Ce qui n'est pas le cas pour les autres départements (maintenance, administratif, RH⁶, etc.)

⁶ N'entre pas dans le processus des formations. Uniquement dans le bilan social.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutien?

Il y a deux phases d'évaluation :

- à chaud : Permet de juger de la pertinence de la formation via des questionnaires d'évaluations distribués aux participants.
 - sur le terrain : Permet d'évaluer l'intégration des acquis de la formation.
- Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?

C'est prématuré et abstrait.

Néanmoins, dans le cadre de la création d'une cellule formation, les indicateurs suivant pourrait être de des éléments mesurable pertinents :

- L'identification des départements qui suivent une formation.
 - Titré ou qualifié
 - **Le nombre d'heures en formation (interne et externe)**
 - **Le nombre global de participation par site**
 - Le nombre de participants aux différents groupes de formations.
 -
- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

	Commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est pertinent ?	Si oui, ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?
Age moyen du personnel (médical, infirmier, administratif, support,...)		Non, le critère d'âge n'est pas pertinent. On vise des métiers.	
Nombre d'heures de formation délivrées à l'ensemble du personnel	Cf. le bilan social (Mme Guilmot).	Oui.	Disponible pour 2010. En cours de réalisation pour 2011.

Nombre de staff interdisciplinaires ⁷	Ces réunions scientifiques permettent la formation permanente en interne.	Oui.	
Nombre de réunions dans chaque service	Ça rejoint l'indicateur précédent.	Oui. La pertinence va dépendre de chaque service et de la performance de leur binôme staff : médecin-infirmière.	6 fois / an Personne référent : Nadine Todeschini

Remarques complémentaires :

La constitution de **la cellule formation** se déroule en 3 phases :

1. février 2011 → aout/septembre 2011 :
 - a. Phase de récolte des données
 - b. Description de ce qui se fait déjà dans l'institution.
2. Septembre 2011 → mars 2012 :
 - a. Analyser les besoins via :
 - i. les enquêtes : les responsables de services qui demandent des formations.
 - ii. les formations existantes
 - b. Mise en avant des compétences particulières de certains collaborateurs (linguistiques, ...)
3. En cours : proposer des fiches via un **catalogue de formations** complété sur base des besoins.

⁷ C'est une réunion formative et informative qui regroupe plusieurs disciplines au tour d'une thématique.

Dominique Rombeaux :

Fonction : Infirmière chef de services

Site / Service : Tubize-Nivelles / Soins infirmiers

Chef de projet :

Initiative : 6.2 : Développer un plan d'amélioration de l'orientation patient en lien avec les attentes des patients sur chaque site du groupement

Sponsor : Alain Bouchez

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingénieur de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrais, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- *Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?*

L'objectif général : développer un plan d'amélioration de l'organisation-patient en lien avec les attentes du patient sur chaque site du groupement.

Développer une offre orientée -patient : de l'entrée à la sortie. C'est une prise en charge globale. Le patient est **au centre de l'intérêt** de tous les intervenants.

Améliorer l'**accessibilité** à nos institutions ; optimiser le temps de réponse; prendre en compte les valeurs attendues et spécifiques par type de patient. Pour atteindre cet objectif, nous avons déterminé des *axes d'entrée* dans nos institutions : l'axe des urgences, de la « one-day », de l'hospitalisation, l'accueil central de l'hôpital. Tous les accueils stratégiques dans les services médicotéchniques et au niveau de l'admission de manière à pouvoir définir non pas le type de patient mais bien **les attentes de la patientèle** à chaque entrée de ces axes.

Vérifier les structures existantes afin de déterminer un plan d'amélioration qui répondent en termes de recommandations, soit en termes de mises en place de différents processus qui assurent une prise en charge globale orientée patient au sein de nos institutions.

Notre périmètre à cibler : les 4 institutions (CHJL et CHTN).⁸ Néanmoins, les recommandations sont adaptables et peuvent servir au MRS, par exemple.

⁸ Les polycliniques font l'objet d'une autre initiative qui travaille sur cette prise en charge bien spécifique et qui comporte ses propres indicateurs.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

Il apportera à notre patientèle, un accueil, un soutien dans les démarches, une participation plus active en termes de décisions dans la prise en charge et cela tout au long du processus, de l'accueil à la sortie. La sortie est également très importante. A la fin du projet, les recommandations seront basées sur un plan d'itinéraire du patient en fonction des différents axes. Il y aura une prise en charge globale, une manière d'être dans ses recommandations patient qui sont adaptable à tous les intervenants et ensuite des recommandations plus spécifiques aux urgences, à la « one-day » et c'est comme ça que nous arrivons un peu à rejoindre notre objectif de typologie de patient. A l'heure actuelle, il est relativement peu aisé d'avoir un réel profil exhaustif de tout type de patient que nous pouvions prendre en charge, c'est pourquoi, le groupe a sélectionné cette approche, de manière à ventiler et sélectionner les différentes personnes que nous côtoyons et répondre à leurs besoins. Le patient doit pouvoir se sentir orienté, pris en charge dans ses démarches. Et dans un second objectif, c'est un comportement, une harmonisation, **fédérer l'ensemble des intervenants** pour que tout le monde adhère à ce projet et constate son envie à traiter dans les faits d'une orientation-patient. C'est très présomptueux. Les recommandations sur nos faiblesses nous permettront de tendre vers cette orientation. Dès l'entrée dans l'institution, savoir ce que l'on attend de moi, quelles sont les stratégies qui y sont développées.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutient?

Le cheminement du patient : **un questionnaire** a été dressé de manière à pouvoir mettre en évidence les forces et faiblesses des services. Ce questionnaire a aussi pour but de mettre en lumière leur vision de l'orientation patient ainsi que les dysfonctionnements qui empêchent une prise en charge correcte du patient. A fortiori nous allons pouvoir par des recommandations émanant du plan, pouvoir aussi évaluer certains indicateurs. Nous avons pour le moment identifié les axes d'amélioration globaux et spécifiques par axes qui vont générer des recommandations dont va être issu le plan d'amélioration. Les indicateurs à suivre qui pourront être validés ou invalidés ensuite. Nous espérons par la positivité de la rencontre de ces indicateurs faire avancer notre projet et l'intégrer en modifications positives qui vont vers une amélioration de l'axe des services. Notre objectif n'est pas d'augmenter la spécificité d'un service mais de pouvoir augmenter la qualité du service pris. Ça va jusqu'à l'attente, jusqu'à l'information, jusqu'au suivi de la prise en charge. Ce n'est pas gagné d'avance, c'est toute une philosophie qu'il faut inclure, par la formation, par toutes les filières que nous pouvons. Notre groupe s'infiltrer dans tous les objectifs.

Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?	Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?
• Signalisation interne et externe : il est important pour le patient qu'il sache où aller et qu'il soit bien orienté.	Interne : Il existe un relais, via le comité de signalisation, il y a un état des lieux qui a été fait, et donc des problématiques ou des nouveaux projets sont mis en évidence. Ces comités ont la charge d'évaluer la nécessité d'améliorer ou éventuellement de préciser, une insatisfaction relevée de la patientèle. En effet, celle-ci remonte au niveau de ces comités, ce qui génère des adaptations. Externe : il y a un bilan des besoins qui a été établi. Le tour des institutions a été fait et on a mis en évidence, un besoin ciblé, précis de l'orientation des panneaux pour identifier l'accès au niveau des institutions au sein de chaque commune. Ceci fait partie du début de l'accessibilité, ça va jusqu'à un état des lieux.
Les enquêtes de satisfaction sur l'accueil⁹ : • Taux de satisfaction des patients quant à l'accueil qu'ils ont reçu. • L'information du patient dès qu'il pénètre dans l'institution.¹⁰	Pour le <u>CHJL</u> : oui. C'est la firme de consultance MEDSOC qui gère les résultats. Nous encodons les données, eux-gèrent les résultats et nous renvoient un feed-back. C'est interactif, nous pouvons en sortir différents indicateurs. Pour l'année 2010, sur Jolimont et Lobbes, la personne de contact : Madame Lorsimont. <u>CHTN</u> : pas d'encodage. Un questionnaire était distribué mais il n'y avait pas d'encodage. Il s'agissait d'un traitement manuel et l'analyse de la source des plaintes. Pour 2012, nous aurons un questionnaire uniformisé sur l'ensemble de nos sites. Ce qui permettra une comparaison des données entre les sites.
Prise en charge du patient : La douleur est un bon indicateur de prise en charge de cet indicateur.	Les questionnaires sont les indicateurs les plus probants, les plus objectifs à l'heure actuelle. Qui touchent la communication, la notion d'orientation, les attentes lors des examens, les déplacements, la communication via les brochures d'accueil. Tous les points ciblés dans la prise en charge itinéraire du patient se retrouvent. L'indicateur de l'accès de l'hôpital, les informations reçues à l'entrée de l'hôpital. Nous sommes tenus d'avoir des informations à disposition du patient. Le personnel doit être sensible aux indicateurs évalués par leurs patients afin d'être le plus proche du profilé que l'on attend.

⁹ En corrélation avec l'initiative de Madame Dutrieux qui forme l'accueil à l'orientation patient.

¹⁰ Les questionnaires d'évaluation des patients révèlent le manque d'informations précises que ces derniers reçoivent. On espère que cet indicateur va évoluer favorablement suite aux démarches de sensibilisation mise en œuvre.

- Que faites-vous pour stimuler le taux de répondant qui est actuellement faible (17%) ?

Nous donnons des documents mais le personnel sait qu'il n'y a pas de feed-back, il n'y a pas d'interactions. La motivation de sensibiliser les patients sur l'importance de compléter leur questionnaire n'était pas au plus haut point. C'est un début de culture, savoir que l'on va faire quelque chose de ces données et que l'on va retourner les résultats, en fonction du service qui est ciblé et qui dénote les points négatifs. On espère que le taux de participation va ainsi augmenter. Les questionnaires permettent de donner la parole et met l'institution en position de faiblesse, car il faut construire quelque chose par rapport à ces remarques. La place du patient et son avis sont très importants. Ce sont toutes les mesures mises bout à bout qui vont faire progresser les choses. On ressent ces indicateurs comme étant probant de la réalité. Il est exclu de laisser passer uniquement des questionnaires positifs car là ça biaise le résultat. On a mis des boîtes aux lettres fermées dans chaque service et c'est le chef de service qui relève le questionnaire.

- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

	Commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est pertinent ?	Si oui, ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?
Taux de satisfaction des patients	Si on le prend dans sa globalité ou point par point ? Car un seuil global de satisfaction même s'il est intéressant pour l'institution (donne un ressenti global du patient) ne permet pas à l'instar des « petits » indicateurs de cibler les forces et faiblesses.		Via les questionnaires.
Nombre d'hôpitaux concurrents par type de pathologie	Intéressant pour percevoir l'environnement. C'est une question stratégique. Cet indicateur permettrait de voir l'impact que nos	Nous nous sommes intéressés à la manière dont les différentes institutions exprimaient à la patientèle leur	Ce sont des faits objectivés sur forme de campagne (sites internet des hôpitaux).

	concurrents directs peuvent avoir sur nous.	approche orientation-patient. Mais finalement, on est reparti sur de l'interne afin de développer notre propre orientation-patient. Il est important que nous ayons notre propre personnalité. Malgré que telle ou telle clinique soit développée ailleurs (clinique du poids, clinique du sein,...), nous voulons par notre accueil, notre comportement, notre prise en charge être très spécifiques. L'impact des campagnes menées par les concurrent peut-être un effet de levier accélérer les mises en place dans l'institution.	
Le temps d'attente	A un niveau plus macro, le temps pour accéder aux services médicaux (<u>délai de prise en charge</u> et <u>délai de prise de RDV</u>) est un facteur qui joue sur la compétitivité concurrentielle (particulièrement pour les polycliniques). Ces temps d'attentes sont plus ciblés sur l'accès aux services. Nous n'avons pas l'objectif de changer la structure du service cela sera pris en charge par d'autres (via par exemples : les itinéraires cliniques ; les cliniques monothématiques ; les polycliniques) ces groupes-là vont beaucoup plus à fond par spécificités.	La notion d'attente est un indicateur intéressant. Surtout au niveau des urgences, ou les modalités d'attentes, si je prends l'exemple des urgences, vous ne pouvez pas exiger d'être prise en charge dans les 10 minutes. Il y a toujours la discussion, agrémente, informer, faire participer le patient pour que son temps d'attente soit acceptable. ça c'est un objectif, un axe d'amélioration.	A l'heure actuelle nous n'avons pas d'enregistrement des temps d'attentes, chaque service estime subjectivement les temps d'attentes comme étant acceptable adaptés au profil du service. Je vous parlais des six axes. Lorsque subjectivement c'est mis en évidence (cela nous semble trop long) mais un constat pour l'ensemble, c'est que les temps d'attentes ne sont pas évalués. Nous allons essayer en termes de recommandation d'avoir des temps

	Nous travaillons plutôt sur la culture d'orientation-patient, de la prise en charge et les recommandations ciblées par services vont faire bouger chaque service en fonction de sa spécificité. Où est-ce que je me situe ? Que puis-je faire pour m'améliorer ?		d'attentes structurés pour mieux concevoir que subjectivement notre impression. Voir avec précision que représentent ces temps d'attentes. Le groupe de Monsieur Parfonry se charge de dresser le planning des polycliniques.
Le nombre de plaintes	Les plaintes sont analysées, les personnes sont contactées, il y a un bilan de la plainte qui est réalisée. Ce qui est important, c'est la rencontre avec les familles et la considération de la plainte.	C'est important au niveau macro car c'est lié avec la satisfaction globale, on peut voir aussi. Mais ce qui est important c'est la même réponse, le type de plainte pour pouvoir les gérer. Il existe un type de plainte liées à l'aspect financier, à l'aspect informationnel, il existe aussi des plaintes d'ordre métiers, et donc il faut pouvoir les gérer, ce sont des indicateurs intéressants à différents niveaux. Au niveau macro, oui car on analyse la satisfaction globale, le nombre de plaintes est aussi un indicateur global.	Madame Dutrieux gère cela en fonction du type de plainte avec les responsables des départements et de plus en plus, les différents membres tels que les infirmières en chefs ou personnes impliquées peuvent intervenir dans la plainte pour sensibiliser les personnes. Il y a un travail qui vise « le zéro plainte ».
Niveau d'engorgement des étages		C'est intéressant pour connaître la difficulté que l'on a pour orienter nos patients, pour leur prise en charge. Ça nécessite au niveau macro des décisions éventuelles d'ouverture de services et de réorganisation de services. Ce sont des indicateurs très importants	Notre responsable du département infirmier. Monsieur Van Den Berge (CHTN) Et Madame Todeschnini (CHJL). Pourquoi cette distinction ? Il y a deux statuts différents. Jolimont a fusionné avec Lobbes,

		pour nos directeurs.	et c'est un statut unique (un numéro d'agrément). Mais le CHTN n'a pas fusionné avec le CHJL, il n'y a pas qu'une seule direction commune avec des cadres intermédiaires. Mais il s'avère que notre directeur général, Monsieur Graux est directeur à l'heure des deux groupements depuis que Madame Roman nous a quitté. Cela en relais avec Parfonry, directeur administratif du CHTN, et monsieur Bouchez situé sur le site de Lobbes.
Niveau d'engorgement des urgences	Lorsque les urgences saturent, il faut une augmentation des infrastructures et des personnes physiques. Cela a un impact sur la réactivité. L'unité de court-séjour permet d'orienter ces patients vers les services respectifs. Il y a l'hospitalisation provisoire (HP) au niveau des urgences qui peuvent être rapidement saturées.	Il est pertinent à plusieurs titres car le taux de fréquentation de nos urgences est précurseur d'un indicateur sur le brassage de la population et du nombre d'hospitalisation. Les urgences génèrent un pourcentage intéressant stratégiquement, c'est une entrée pour nos hôpitaux. Un nombre élevé d'urgence conduit à un nombre élevé d'hospitalisation et de soins. Pour notre direction c'est un indicateur intéressant.	Notre direction suit la situation ainsi que nos chefs de services. On ne parle pas en termes de niveau d'engorgement mais en termes de niveau d'occupation. Le nombre de départ SMUR est comptabilisé.

Accessibilité de l'hôpital (accès routier, parking, TEC...)	Il y avait des engorgements des parkings où les plaintes sont toujours aussi intéressantes à analyser. Comme l'accès aux personnes handicapées, à partir du moment où il y a des portes mobiles, fixes, ou des escaliers. Dans les travaux, il faut pouvoir tenir compte de ces éléments qualitatifs pour la vie de nos patients handicapés. La signalisation est mal conçue pour l'hôpital de Tubize. Les TEC sont un élément important dans un esprit d'accessibilité pour notre patientèle et de facilitation de s'y rendre (que ça ne représente pas un frein). On n'a pas beaucoup d'impact pour ces transports en communs, la seule chose que nous pouvons développer, ce sont des navettes interservices.	Oui, c'est un indicateur intéressant car il peut indiquer des difficultés éventuellement pour accéder et de voir si il est nécessaire d'organiser des systèmes de navettes intermédiaires pour développer d'autres prises en charge afin d'assurer l'accès à une patientèle plus large. C'est d'actualité chez nous, étant donné, le nombre de site que nous avons, les services complémentaires que nous avons. Et que nous pouvons offrir à la patientèle mais qui est obligé de prendre des transports en communs pour arriver à accéder à ces services. Donc c'est un indicateur intéressant.	
---	---	--	--

Remarques complémentaires :

- Nous avons été sollicités par notre direction pour évoluer vers des actions rapides : Quick-Win. Ces Quick-Win ont pris une certaine ampleur dans un projet comme le mien. Il y a des échelons à monter pour arriver à une construction structurée orienté-patient.
- Les échéances du projet : le projet a démarré début 2011 avec l'analyse de l'existant. Nous voulions faire participer l'ensemble de nos services à cette notion d'orientation-patient. On a défini les critères qui prennent leurs sources auprès du personnel par le biais de leur chef de service. Nous allons pouvoir à la prochaine réunion, proposer cette définition qui est issue d'un grand nombre. Actuellement, début de la phase 2, recommandations vers mai-juin. En 2013 : terminer la mise en place du plan. Nous n'avons pas intérêt à aller au-delà de cette limite car le groupe ne tiendra pas sur du si long terme, il faut des actions concrètes. C'est le corps, le métier qui doit faire évoluer.

- Les questionnaires d'évaluations sont destinés avant tout aux patients, est-ce que vous tenez compte de la satisfaction des visiteurs et familles ?

C'est un peu avant-gardiste, nous voudrions bien créer des forums. Nous travaillons avec notre chargée de communication, Madame Deneufbourg pour pouvoir développer des canaux de communication. Nous travaillons en termes de recommandations, nous verrons ensuite avec elle en termes d'applications. Le but est de créer des endroits de dialogues ouvert avec des échanges structurés qui permettent d'ouvrir la parole à d'autres personnes.

Date de l'interview : 12/04/2012
25/04/2012

Christophe Ravoet :

Fonction : Directeur médical
Site / Service : Jolimont-Lobbès / Oncologie

Chef de projets :

Initiative : 19.1b : *Mettre en place une culture de relations avec les médecins référents sur le CHJL*

Sponsor : Pascal Graux

Initiative : 19.2b : *Définir un guide des bonnes pratiques avec les médecins référents et l'étendre à l'ensemble des services de l'institution CHJL*

Sponsor : Pascal Graux

Sponsors :

Initiative : 6.3 : *Créer une unité de court-séjour à Jolimont de 10 lits et de 5 lits sur les autres sites à partir des SU*

Chef de projet : Sébastien Loix

Initiative : 7.8 : *Assurer la mise en place d'itinéraires cliniques*

Chef de projet : Pierre Van Den Berge

Initiative : 22.3 : *Développement du dossier patient informatisé – DPI*

Chef de projet : Serge Contor

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrais, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs des projets que vous pilotez (19.1b et 19.2b) ?

C'est l'initiative 19.1b qui a démarré. Mais elle est évidemment liée à l'initiative 19.2b. L'une débouchera sur l'autre. Ce sont des initiatives qui ont débuté il y a quelques mois. C'est monsieur Beauduin qui les supervisait et qui a développé deux groupes de travail avec quelques médecins référents : l'un sur Lobbes, l'autre sur Jolimont. Il y a à peu près trois ou quatre médecins généralistes référents qui font parties de ces groupes. Le but est essentiellement de déterminer l'attente des médecins généralistes par rapport à l'hôpital et ce dans quelques domaines que ce soit. Cela peut aller d'un aspect purement médical à un aspect plus administratif ou plus pratique. La plupart du temps, les points soulevés sont d'ordres pratiques. Il y a énormément d'interrogations des généralistes sur l'accessibilité aux médecins spécialistes de l'institution, sur la problématique des téléphones, des contacts rapides dans le cas d'un problème avec un patient, d'une intervention, dans le cas où l'on souhaite mettre un patient dans une maison de repos ou d'un décès tout simplement. Les premières avancées dans ces initiatives ont été des avancées dans les perceptions des besoins tout en essayant de les satisfaire. Un deuxième axe a été aussi de décider de présenter aux généralistes les avancées que l'on pouvait attendre notamment dans le cadre du projet Regard 2015 mais aussi les projets qui ont lieu dans les institutions. Par exemple, les projets informatiques avec les dossiers-patients informatisés mais aussi les projets sur la communication ou la gériatrie. Bref, ce sont pour l'instant les deux axes principaux qui ont été développés.

- Il semblerait qu'il y ait une scission avec le CHJL et le CHTL. Quelles en sont les raisons ?

Je ne sais pas pourquoi nous l'avons fait. Je n'ai pas participé à cette discussion. Mais je pense que ce n'est pas tout à fait illogique puisque entre Jolimont et Lobbes, nous sommes obligés de nous adresser à deux populations de généralistes différentes. Les généralistes de Lobbes ne sont pas forcément intéressés par les problèmes des généralistes de Tubize. Nous nous intéressons donc à des particularités locales, à des besoins locaux et des acteurs locaux. Donc, c'est assez logique de traiter les sites individuellement.

- A terme, ne pensez-vous pas qu'on aboutira à un seul objectif commun pour les quatre entités ?

Si, nous arriverons à des objectifs assez proches. Pour le moment, nous travaillons sur *la ligne rouge* c.à.d. l'accès rapide du médecin généraliste à l'institution pour avoir des rendez-vous et des choses pareilles. C'est une demande commune à Lobbes et à Jolimont. Je présume que c'est une demande qui va également être exprimée à Nivelles et Tubize. Ce sont des initiatives qui sont développées en parallèle et qui n'ont pas à ma connaissance d'acteurs communs.

- Les acteurs sont différents mais y a-t-il une interaction avec vous pour voir ce qui est fait chez l'un et chez l'autre ?

Je découvre les choses depuis 10 jours. Mais à ma connaissance, il n'y a pas de contacts. Il est vrai que c'est une initiative où je ne perçois pas bien ce que l'on en fait à Tubize et Nivelles. Nous aurions pu imaginer développer une initiative commune même si elle s'adresse à des acteurs locaux. D'un autre côté, il faut que les acteurs de l'institution, dont on parle avec les acteurs locaux, soient présents. Donc, c'est un peu difficile à mettre en place.

- Pouvez-vous m'expliquer, concrètement, qu'apporteront les projets que vous sponsorisez et à qui ?

○ **6.3 : Créer une unité de court-séjour**

L'unité de court-séjour, c'est un gros débat. Je n'ai pas encore participé pour le moment à cette initiative. Ma perception est donc imprécise. C'est un gros débat parce que pas mal d'acteurs médicaux et infirmiers se posaient la question de l'utilité d'une telle structure et comment l'articuler par rapport aux autres unités. Ce n'est pas facile de mettre en pratique une unité de court-séjour. En effet, il faut se demander quels types de patient on va y mettre, avec quels types de pathologie. Cela sous-entend évidemment un encadrement infirmier et médical adéquat c.à.d. une disponibilité des acteurs médicaux par rapport à la pathologie de ces patients. Sachant que pour le moment, nous avons une structure assez verticale avec des services pas cloisonnés mais avec un périmètre assez bien précis. Cela sous-entendrait que certains patients qui sont hospitalisés aujourd'hui dans des unités aigües, se retrouveraient dans une unité de court-séjour. La seule raison qui explique qu'ils ne soient pas aux unités aigües, c'est le fait qu'ils doivent être en court-séjour. Alors que l'on cherche à rendre les séjours courts dans toutes les unités et alors que les compétences techniques infirmières et médicales sont quelque part concentrées dans une unité aigüe pour le même type de pathologie. Par exemple, un patient avec un problème pneumologique, la question est de savoir quel patient ayant un problème pulmonaire va se retrouver dans une unité de court-séjour alors qu'il existe une unité de pneumologie. La question est donc assez délicate. Il s'agit véritablement d'un problème d'encadrement de ces patients qui seraient sélectionnés pour une raison assez particulière à savoir parce qu'ils vont rester assez peu de temps. Le débat s'est alors orienté sur la question : ne faut-il pas associer l'unité de court-séjour aux soins d'urgence c.à.d. la notion d'un super HP soit une hospitalisation provisoire prolongée avec la possibilité de faire des diagnostics rapides. Pour le moment, je pense que monsieur Loix se penche sur la définition exacte du type de patients tout en évaluant le volume tout en analysant dans quelle mesure c'est une structure intéressante à mettre en place. C'est un concept qui se trouve en quelque sorte entre l'hôpital de semaine et l'hospitalisation provisoire.

- J'ai cru comprendre que les besoins n'étaient pas forcément les mêmes d'un hôpital à l'autre ?

C'est une initiative qui ressort dans beaucoup d'hôpitaux. Je ne suis pas sûr qu'elle soit comprise ni développée de la même façon dans tous les hôpitaux.

Cela reste un concept difficile à concrétiser. Donc, nous avons certaines difficultés à situer véritablement la place. Je serais intéressé d'entendre les conclusions de monsieur Loix parce que d'un certain côté, il est évident qu'il y a un besoin de pouvoir réaliser des mises aux points ultra rapides, d'offrir notamment aux généralistes la possibilité d'hospitaliser brièvement des patients pour faire une mise au point rapide. On essaie de le faire dans le cadre des hôpitaux de jour, notamment au sein de l'hôpital de jour gériatrique dont l'évolution s'oriente vers une concentration des personnes âgées, une concentration d'exams rapides et de prises de décision rapides sur une journée dans le but d'éviter de sortir les personnes âgées de leur environnement habituel. C'est ce concept que nous voulons mettre en place. Et nous voyons que cela est déjà lourd en hôpital de jour notamment gériatrique. Nous nous disons que certaines mises au point ont besoin de quelques jours de plus. D'où l'idée de création d'une unité de court-séjour. Par ailleurs, certaines unités sont de court-séjour. Par exemple, les laboratoires du sommeil. Donc, la véritable problématique est de savoir quels sont les patients cardiologiques, pneumologiques, de médecines internes, de chirurgie qui seraient susceptibles d'aller dans une unité de court-séjour et comment gérer une telle unité : qui va suivre les patients, comment programme-t-on les exams, quel nursing y mettre avec quelles compétences...

- J'ai déjà rencontré monsieur Loix pour discuter de cette problématique d'unité de court-séjour. Visiblement, les besoins de cette unité ne sont pas forcément les mêmes en fonction du type d'hôpital. Si je reprends la façon dont Antares a défini les choses : 10 lits à Jolimont, 5 lits sur les autres sites, n'est-ce pas un peu utopique de définir de tels chiffres sans vraiment connaître les besoins de l'institution ?

On en arrive à la limite d'une consultance faite dans des circonstances comme celle-là. Je crois que le but d'Antares n'était pas de dire « Il faut en mettre 10 ». C'est plutôt de se pencher sur la réflexion d'unité de court-séjour : deux, trois jours. Ce n'est finalement pas un hôpital de semaine. Cela permet de ne pas avoir du personnel le weekend, ce qui représente un coût moindre. Lorsque le patient est hospitalisé dans une unité aigue, il faut toujours faire en sorte que le séjour soit le plus court possible. C'est un sujet discutable. Cela n'a pas de sens de déplacer un patient qui est hospitalisé actuellement dans une unité aigue pour deux jours dans une unité de court-séjour. Le tout est de voir si le patient y gagne en termes de qualité et de rapidité de prise en charge. Le débat n'est pas tout à fait clos selon moi.

○ **7.8 : Assurer la mise en place d'itinéraires cliniques**

Ce projet est concret. Par exemple, les premiers itinéraires cliniques comme ceux de l'infarctus sont déjà des projets bien avancés. C'est vraiment une initiative qu'il faut développer selon moi parce que la transversalité entre les services, entre les sites est

nécessaire. Créer des itinéraires qui vont raccourcir les trajets du patient, de clarifier, de structurer, de standardiser sont des choses qui vont nous permettre de gagner du temps, de gagner des durées de séjour et de faciliter la vie des personnes.

- J'ai cru comprendre que l'objectif était de déterminer deux itinéraires cliniques par an. Mais actuellement, on peine à en mettre un en place chaque année. Qu'en pensez-vous ?

Oui, c'est regrettable mais maintenant il y a ce côté un peu théorique. Chaque fois que l'on fait une petite procédure de facilitation, de prise en charge, de prise de rendez-vous, de passage d'un patient d'une personne à une autre etc. on crée un itinéraire clinique. Il y a les grands itinéraires cliniques qui sont stimulés par l'initiative. Il faut les faire et il faut essayer d'en faire deux par an certainement. Et puis, il y a surtout une culture de la procédure. C'est le propre du management de type *Lean*. C'est de remettre en cause tous les trajets par lesquels tout se fait pour essayer de les standardiser et de les organiser en créant des trajets uniques ou du moins simplifiés en vue de gagner du temps et de l'argent.

- En tant que gestionnaire, je suis tout à fait d'accord avec vous. Mais que pensez-vous de la liberté thérapeutique des médecins dans leur manière d'administrer les traitements ?

On confond deux choses : d'une part la problématique des traitements, du médical, la manière dont on soigne les gens. C'est du ressort des médecins de définir les guidelines des bonnes pratiques. Ce sont les bonnes pratiques médicales et infirmières. Et ce sont les infirmiers qui fixent leurs bonnes pratiques. C'est en effet le médical qui définit les bonnes pratiques dans chaque discipline sachant que les disciplines évoluent ainsi que les techniques. Mais cela n'est pas quelque chose qui relève de l'organisation. Si un service décide d'écouler un produit en 3 heures parce que les guidelines disent que c'est en 3 heures, c'est une décision purement médicale. Concernant la liberté thérapeutique, elle existe pour chaque médecin. Mais en plus de cela, il peut y avoir une volonté dans les services d'établir quand même des guidelines de façon à ce que les personnes pratiquent à peu près de la même façon. C'est quelque chose que nous devons encourager. Mais je ne pense pas que ce soit cela qui pose véritablement problème dans l'institution. Mais là où nous perdons du temps et nous ne sommes pas efficaces, c'est en terme de procédure et d'organisation. Par exemple, en salle d'opération, il y a parfois des gens qui mettent une heure à descendre d'une salle. Tout le monde attend : l'anesthésiste, le chirurgien etc. Pourquoi ? Parce que l'ascenseur ne marche pas ou n'est pas réservé pour certains étages. Tous ces processus doivent être standardisés. Il faut donc identifier là où cela coince. Le matin à 6h, tous les patients, qui doivent être pris en charge pour une intervention le jour même pour éviter les nuits d'hospitalisation, arrivent en même temps devant

l'admission. Cela engendre des files énormes. Il y a donc un problème qui nécessite qu'on établisse un processus et qu'on standardise les choses. L'organisation de l'hôpital de jour de chimiothérapie pourrait éventuellement être revue de fond en comble de façon à fluidifier le flux de patients dans la structure de l'hôpital de jour : éviter un trop plein de patients au même moment etc. Bien évidemment, cela va influencer la manière de consulter, de pratiquer, de prescrire la chimiothérapie. Donc, cela a à la fois un impact sur le médical que l'organisationnel.

○ **22.3 : Développement du dossier patient informatisé – DPI**

C'est une initiative que je connais particulièrement bien parce que j'ai été responsable du DPI. Monsieur Beauduin était le sponsor mais dans la pratique j'étais énormément en première ligne. C'est une attente énorme du monde médical et infirmier. C'est un projet qui est maintenant bien lancé. J'espère que le premier serveur résultat sera opérationnel à l'automne prochain.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets des projets sur l'objectif stratégique qu'ils soutiennent ? Quels en seraient les éléments mesurables ? *Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ? Sinon, est-il efficient d'en collecter les données ?*

○ **6.3 : Créer une unité de court-séjour**

Il faut selon moi des indicateurs qui visent à la fois les résultats et les processus. Il faut également des indicateurs qui touchent différents aspects de la problématique dont l'efficacité, les coûts etc. Concernant les processus, il faut des indicateurs qui permettent des gains notamment dans la simplification des processus, éventuellement l'impact positif ou négatif que cela peut avoir sur les autres services. Et puis, il doit y avoir des indicateurs de satisfaction aussi bien au niveau du **patient** que des **soignants**. Il faudrait réfléchir à des indicateurs simples, reproductibles, faciles à analyser, parlants et qui permettent d'identifier des problèmes sous-jacents. A partir du moment où on aura identifié le patient cible dans ce projet, il faudra mesurer par exemple l'occupation de cette unité, son taux de nouveaux patients. Au niveau des processus, il faudra absolument des indicateurs qui évaluent l'impact de la manière dont les médecins gèrent cette unité. Par exemple, il faudra mesurer l'efficacité de la gestion de l'unité par un médecin par rapport à la gestion par différents médecins provenant d'autres unités. Il faudra également mesurer l'impact sur les autres services. Il faudra mesurer le degré de satisfaction des personnes qui utilisent l'unité c.à.d. les médecins généralistes éventuellement, ceux qui adressent les patients ainsi que le degré de satisfaction des personnes qui y travaillent et du patient en lui-même.

- Concernant les indicateurs qui portent sur l'efficacité des processus, qu'entendez-vous par là ?

Si vous avez une unité dans laquelle vous avez mis 10 lits et que votre occupation est de 20%, sachant qu'une infirmière doit être disponible de jour comme de nuit, la question à se poser est la suivante : est-ce vraiment efficient ? Si vous regardez à l'efficacité de votre propre unité, cela est rentable. Mais il faut analyser l'impact sur l'occupation des autres unités. Peut-être que des patients vont être déplacés de l'unité pneumologique, par exemple, à l'unité de court-séjour et le taux d'occupation et l'efficacité de l'autre unité vont diminuer car je devrais dans les 2 unités faire appel à une infirmière de nuit. Il n'y a pas forcément plus de patients parce que l'on crée une unité de court-séjour. Vous déplacez le patient de quelque part.

Vous allez dire que je suis un peu critique sur cette initiative. Mais je m'interroge sur sa pertinence. Il faut vraiment savoir ce que l'on veut faire. Veut-on soutenir les soins d'urgence par rapport à leur hospitalisation provisoire qui devraient peut-être se prolonger ? Mais alors comment le faire ? Quelle structure, quelles infirmières, quels médecins privilégier ? Est-ce toujours les urgentistes ? Est-ce un autre type de personnel ? Je crois que cela peut être désorganisant pour un pneumologue d'avoir une salle de pneumologie et de devoir aussi aller dans l'unité de court-séjour où le personnel n'est pas forcément spécialisé en pneumologie pour soigner un patient hospitalisé pendant 2 jours. Ce n'est pas forcément efficient. C'est pour cette raison qu'il faut absolument mesurer cela.

○ **7.8 : Assurer la mise en place d'itinéraires cliniques**

Pour chaque itinéraire clinique, il faut des indicateurs qui soient propres. Sur le plan de la qualité et de la sécurité des patients, il est important de développer des indicateurs. En effet, beaucoup d'indicateurs dans d'autres initiatives au niveau gestion sont très quantitatifs. Maintenant, mesurer la qualité est très difficile. Par exemple, satisfaction des patients ne veut pas dire qualité. C'est un élément très indirect. Le fait d'avoir des services qui s'accréditent, qui essaient de développer un système qualité, est un indicateur. Je mettais dit que dans les cinq ans, il fallait x services accréditer qualité. De plus en plus, la loi impose cette démarche qualité. Mais il ne faut pas attendre que la loi nous l'impose. Peut-être le nombre de démarche qualité entreprise est un indicateur. Je ne sais pas si cela peut être un bon indicateur. D'une certaine façon, il faudrait pouvoir mesurer l'intensité (ou l'investissement de l'hôpital) de la démarche vers des processus qualité dans l'hôpital. Le nombre de formations liées à la qualité, suivies ou données, peut être un indicateur de dynamisme dans cette démarche. Concernant la sécurité, on peut mesurer le nombre et le type d'incidents rapportés. On peut alors analyser si certains types diminuent par les actions que l'on mène. D'un point de vue macroscopique, il faut mesurer l'importance de la démarche qualité par les formations, le nombre de services qui se lancent dans un processus qualité, les processus qualité qui arrivent à aboutissement, l'investissement financier de l'hôpital, etc.

○ **19.1b et 19.2b : Améliorer les relations avec les médecins référents**

Je pense que l'indice de satisfaction des généralistes est un élément important. Comment mesurer cet indice de satisfaction. Il faudrait le faire sur des items bien spécifiques bien évidemment. Par exemple, il peut s'agir de l'accueil, de la facilité de toucher les médecins, des retours par rapport aux urgences, de la qualité de ce retour, de la rapidité de l'information transmise... Quelque part, il faudrait passer par une espèce d'index de satisfaction des généralistes. C'est véritablement une appréciation de leur part qui doit être faite.

On va mettre en place une ligne rouge dédiée aux généralistes. On pourrait imaginer que le degré d'utilisation de cette ligne rouge soit un indicateur. C'est une ligne qui leur permettra d'avoir accès facilement à un médecin, de pouvoir obtenir des mises au point rapides. Cela pourrait être une façon de mesurer la satisfaction des généralistes par rapport à l'accessibilité des médecins et des mises au point parce que c'est quelque chose de tangible et qui est mesurable. Par exemple, mesurer l'action du service social dans la rapidité avec laquelle ils peuvent faire en sorte que le patient sort vers une maison de repos et la communication avec les généralistes, c'est quelque chose que l'on ne peut mesurer qu'avec un indice de satisfaction. Cela veut donc dire que régulièrement il faut sonder les généralistes.

▪ Ces indices sont-ils réalisés pour le moment ?

Non. Malgré tout, nous avons un questionnaire au sujet du laboratoire. Mais c'est le laboratoire qui avait pris cette initiative. Je ne sais pas s'ils ont l'intention de répéter cela. Mais c'était quand même toute une série de questions par rapport au service rendu dans le laboratoire. C'est typiquement ce genre de questionnaires qu'il faudrait utiliser mais il devrait être plus court avec des items bien choisis. Il faudrait alors montrer les résultats de satisfaction précédents pour les stimuler à répondre.

▪ Vous m'avez parlé de la ligne rouge. Est-ce un projet en cours ?

Oui, c'est un projet qui est en cours. Il n'est pas encore mis en route. Il est grand temps qu'on le fasse.

○ **22.3 : Développement du dossier patient informatisé – DPI**

Il y a certainement un indice de satisfaction du personnel puisque le DPI touche tout le personnel : infirmiers, médecins, etc. On pourrait l'évaluer. On sait bien qu'il ne faut pas le faire trop vite. On devrait pouvoir évaluer, d'une façon ou d'une autre, le gain en qualité/ en exhaustivité du dossier. Mais cela n'est pas très facile à faire. Malgré tout, on pourrait voir via les analyses du RCM dans quelle mesure les dossiers sont mieux complétés qu'avant. On pourrait trouver un indicateur dans ce sens.

Il y a un indicateur économique aussi. On pourrait mesurer ce que le dossier fait gagner en termes de temps, notamment administratif. Par exemple, dans la prescription du laboratoire, on pourrait voir dans quelle mesure cela permet d'éviter d'avoir des secrétaires qui encodent au laboratoire. Donc, on pourrait mesurer le nombre d'équivalent temps-plein qu'on gagne.

Il y a peut-être le degré de satisfaction des personnes extérieures à l'institution (les généralistes) vis-à-vis de ce système.

D'autres indicateurs peuvent être indirects comme les durées moyennes de séjour. Mais cela ne donnera pas vraiment une image de la qualité du DPI.

- Qu'entendez-vous par un gain en exhaustivité du dossier ?

Aujourd'hui, beaucoup de dossiers sont incomplets. Comme le RCM est obligé d'éplucher tous les dossiers pour voir ce qu'il y a dedans, peut-être qu'on aurait la possibilité de se rendre compte du gain en termes d'exhaustivité.

Mais ce genre d'indicateur permet de voir surtout la qualité du dossier. Comme il s'agit d'un outil, il faut connaître la satisfaction des utilisateurs. Le troisième impact du dossier est économique.

- Qu'entendez-vous par un gain de temps en termes d'équivalent temps-plein ?

Vous gagnez du temps en termes d'archivage car vos dossiers sont numérisés par scannage. Vous faites une prescription informatisée plutôt que sur papier ; le papier devant lui-même être encodé au laboratoire, vous évitez d'avoir des secrétaires qui encodent du papier. Vous avez donc un impact économique non négligeable. C'est un outil qui a son coût mais qui est compensé par une automatisation et une informatisation de tâches qui étaient faites par du personnel.

C'est potentiellement mesurable. Vous aviez 50 secrétaires qui tapaient du courrier il y a 10 ans. Vous en aviez 75 il y a trois ans. Et puis, vous lancez le DPI. Deux ans après, vous n'en avez plus que 60. Le but du DPI n'est pas celui-là. Mais c'est un indicateur de la performance économique du système informatique. Maintenant, le personnel pourra toujours être redéployé à autres choses. Cela ne veut pas dire qu'avec un système informatisé, on va virer des gens. Mais quelque part, cela aura un impact. Donc, on peut effectivement ne pas payer des gens à faire quelque chose que la machine sait faire.

- Vous m'avez parlé du degré de satisfaction. Actuellement, concernant ce DPI, au niveau des utilisateurs, avons-nous des données pour mesurer cette satisfaction ?

Le DPI n'est pas encore lancé. Mais il serait intéressant d'avoir aujourd'hui une image du degré de satisfaction parce que si vous voulez faire un indicateur, vous devez quand même avoir un temps 0. Avant de lancer le projet, il serait peut-être intéressant d'avoir un degré de satisfaction du système actuel.

Il n'existe pas beaucoup d'enquêtes de satisfaction du personnel. On fait des enquêtes de satisfaction des généralistes mais surtout des patients. Mais on s'attaque peu à ceux-là.

- Pourquoi, selon vous ?

On le fait trop peu. D'abord, je pense parce que nous sommes noyés dans beaucoup de choses et nous n'avons pas le temps. Y a-t-il une crainte à récolter ces réponses ? Je ne sais pas. Le bien-être du personnel est une chose qui n'est peut-être pas si visée. Je crois qu'on doit se rendre compte que c'est important pour les gens. Pour qu'ils soient stimulés à travailler, il faut qu'ils aient le sentiment d'être dans un endroit intéressant, stimulant, agréable pour eux. Avec le projet Regards 2015, on a quelque part déjà sondé les gens au travers d'interviews. Mais je ne sais pas dans quelle mesure nous l'avons fait à grande échelle par rapport au quidam. On l'a fait sur des acteurs bien précis. Moi, je n'ai aucune idée si le personnel infirmier est content ou pas... Ce serait intéressant à savoir. On pourrait être surpris par certaines inégalités d'un type de personne à l'autre.

- J'imagine qu'il s'agit d'une tendance qui risque de se mettre en place dans un futur proche ?

Oui, tout à fait. Je pense que c'est l'un des indicateurs que l'on utilise assez peu. La satisfaction des personnes au travail, ce n'est pas négligeable. Nous pourrions savoir par exemple : est-ce que votre situation s'est améliorée au cours de ces 2 dernières années ? L'évolution va-t-elle dans le bon sens ?

- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

Objectif stratégique 6 : Adapter les services proposés par les structures aux besoins des patients			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Taux de satisfaction des patients	Pertinent + taux de satisfaction des soignants		

Nombre d'hôpitaux concurrents par type de pathologie	/	/	/
Le temps d'attente (= le délai de prise de rendez-vous et le délai d'attente du patient à son arrivée, avant son hospitalisation)	Programmer = je suis généraliste. J'ai un patient dont je voudrais bien faire une mise au point. Je dois faire un scanner, une prise de sang etc... Je lui propose de faire cela en 48h. Je contacte alors l'unité de court-séjour pour faire ces examens en 48h. Je profite en quelque sorte d'une infrastructure qui est un plateau où les spécialistes sont disponibles assez rapidement. Le généraliste détermine tous les examens à réaliser en 48h. Cela évite aux patients de les faire par des consultations différentes : une fois pour la prise de sang, 15 jours après pour le scanner etc. Cela permet donc des gains de temps. Ce qui n'est pas programmé = Vous arrivez en urgence. On ne sait pas bien ce que vous avez. On vous garde 24h à l'hôpital aux soins d'urgence. Il faudra un peu plus de temps pour compléter la mise au point. A ce niveau, le délai d'attente n'a aucun sens.	Le temps d'attente du patient à l'entrée. Dans cette initiative, cela dépend. Si on l'associe aux soins d'urgence et que l'on ne fait pas du <i>programmer</i>, parce que les gens viennent par les soins d'urgence et parce que c'est une espèce d'hospitalisation provisoire prolongée, le délai d'attente n'est pas pertinent. Si on s'écarte du court-séjour, le délai globalement d'attente, que ce soit pour une consultation, un examen, une intervention, une hospitalisation, est un indicateur intéressant.	/
Le nombre de plaintes	Il y a énormément de plaintes que ce soit sur le plan financier (erreur de facturation), sur le plan d'incidents avec le personnel etc. Les plaintes sont trop hétérogènes. La tendance est à l'augmentation des plaintes mais cela n'est pas forcément lié à un problème qualitatif. Mais cela	C'est très difficile. Ce n'est pas un indicateur assez simple à manipuler. Il n'est pas pur car il est très hétérogène. Il faut donc au départ le ventiler. Puis, c'est un indicateur qui est très lié à la mentalité.	/

	peut être intéressant. Ce qui est intéressant aussi, c'est le nombre de report d'événements indésirables dans le cadre d'un système qualité c.à.d. les rapports incidents. Dans un système qualité, vous rapportez de façon anonyme ou non, des incidents qui surgissent dans un processus.		
Niveau d'engorgement des étages		Oui. Cela concerne l'occupation de nouveau. Si on revient sur l'unité de court-séjour, cela ne peut pas se limiter à cela. Il faut analyser l'impact positif et négatif sur les autres unités.	
Niveau d'engorgement des urgences		Oui. C'est évident que le temps d'attente pour un patient, dans cette focalisation des urgences, est un indicateur intéressant. Le temps d'attente permettra de voir le niveau d'engorgement des urgences. Cela permettra de voir également si notre structure est adéquate. Connaître ce niveau est intéressant pour la gestion des soins d'urgence eux-mêmes.	
Accessibilité de l'hôpital (accès routier, parking, TEC...)		Je ne crois pas que l'accessibilité soit un indicateur de performance d'un hôpital. Je ne mettrais pas cela comme un indicateur mais c'est essentiel qu'on soit accessible. Si on traduit l'accessibilité sous forme du nombre de places vides sur le parking, cela peut être un indicateur. Si toutes les places sont prises, cela signifie que nous avons peu de places.	

Objectif stratégique 7 : Améliorer la qualité et la sécurité des patients			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Nombre d'erreurs médicamenteuses	Les rapports d'incidents doivent être ventilés. Par exemple, la chute du patient de sa chaise, de son lit parce qu'on n'a pas mis les gardiennes. Il faut mesurer pour voir si on améliore les choses lorsque l'on prend une action. Ici, remettre les barrières. Diminue-t-on le nombre de chutes par cette démarche qualité qui est de remettre systématiquement les barrières ? Le propre de la qualité, c'est de mesurer les actions à partir des incidents. On met en place une procédure. Ensuite, on évalue cette procédure par des indicateurs. Au besoin, on modifie la procédure.	Pour moi, cela fait partie des incidents. Lorsqu'il y a des erreurs médicamenteuses, elles doivent être rapportées dans ce système qualité de rapport des incidents /accidents.	
Nombre d'escarres		C'est un bon indicateur. Un peu classique de la qualité de soins nursing. Idem pour le nombre d'infections nosocomiales : classique de l'hygiène hospitalière.	

Nombre de chutes		Oui. Car au départ, la qualité est très liée à la sécurité du patient. Mais pour moi c'est plus un indicateur de sécurité que de qualité. C'est assez réducteur sur un point. Vous ne pouvez pas dire que la sécurité des patients est résolue parce que vous voyez votre nombre de chutes diminuer. C'est donc un indicateur assez limité contrairement au nombre de litres de solution hydro alcooliques ou le nombre d'infections nosocomiales.	
Nombre d'infections nosocomiales	Si vous commencez à faire des frottis à tout le monde, vous allez avoir plus d'infections à staphylocoques que si vous ne faites pas de frottis.	C'est assez difficile. Ce n'est pas simple à détecter. Les hygiénistes utilisent d'ailleurs un indicateur plus simple qui est le nombre de litres de solutions hydro alcooliques qui est utilisé dans les services par rapport à la moyenne. C'est un indicateur de la qualité du lavage des mains des soignants.	
Nombre d'erreurs d'intervention par une mauvaise information préalable		Oui. On est dans de la qualité là. C'est les rapports d'incidents. Répertoire les incidents.	

Nombre d'itinéraires cliniques en application	Nous mettons en place des itinéraires cliniques avec ma secrétaire à l'hôpital de jour : le patient sort de consultation → il faut lui donner son rendez-vous et il faut encoder sa prise de sang. Mais cela n'entre pas dans un grand itinéraire clinique. Il faut surtout développer une culture dans les étages au développement d'itinéraires cliniques même si c'est à petite échelle.	Oui, de façon plus macroscopique. C'est un peu ce que je vous disais avec le nombre de systèmes qualité mis en place. Tous les jours, les médecins et infirmiers font des itinéraires cliniques à petite échelle pour discuter de problèmes présents même si cela n'est pas formalisé. Encore une fois, c'est peut-être un indicateur réducteur car même si ce n'est pas formalisé, cela ne veut pas dire que les personnes n'en font pas.	
% d'erreur d'identification (patients incorrectement identifiés)	Vous êtes très tributaire du bon vouloir des personnes et de la stabilité du bon vouloir dans pratiquement tous les indicateurs que vous avez mentionné.	C'est de nouveau un rapport d'incidents. Comment collecter cette information ? Parce que quelqu'un va reporter cette information quelque part. S'il ne le fait pas, cela pose problème.	

Remarques complémentaires :

Si personne ne dit ou ne répertorie les incidents parce que c'est un sujet tabou, on a un pépin. Si personne ne fait de frottis, on n'aura pas d'infections nosocomiales par exemple. Pour les erreurs médicamenteuses également. Pour les escarres, on pourrait les repérer parce que quelque part ils doivent être mentionnés dans les dossiers des patients. C'est un indicateur moins dépendant du report. On peut repérer les escarres via un système informatique par une recherche assez simple. Il faut vraiment que les personnes aient le sentiment qu'elles peuvent rapporter les incidents de manière anonyme. Sans ce caractère anonyme du patient et du soignant, le système de reports ne peut pas fonctionner.

Objectif stratégique 19: Améliorer les relations avec les médecins référents			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Taux de satisfaction des médecins référents	L'indicateur a été mentionné spontanément.	Oui.	
Nombre de patients adressés par des médecins référents	Je ne suis pas opposé à un tel indice. C'est intéressant de voir quel généraliste nous envoie des patients, de voir les généralistes qui ne nous en envoyaient jamais et qui nous en envoient un peu plus. Savoir qui nous a envoyé le patient est très difficile à trouver. Pour le moment, nous savons juste dire que le patient vient de tel généraliste. Mais de nouveau, c'est le choix du patient aussi de venir. Le généraliste n'adresse qu'une proportion limitée de ses patients qui sont hospitalisés. C'est certainement une limite. Nous avons une cartographie qui nous dit juste : de quel généraliste vient la patientèle. Même si les généralistes influencent les patients pour aller dans tel hôpital ou tel autre. Mais ce n'est pas une évidence. Tous les généralistes ont des patients qui vont dans les 2 hôpitaux. La seule façon de connaître l'état d'esprit du généraliste par rapport à l'institution, c'est via des enquêtes d'opinion. On peut alors faire un lien avec le fait qu'il y ait de grandes chances qu'il adresse le patient à l'hôpital parce qu'il a une	Oui mais il y aura toujours des référents qui vous en enverra plus que d'autres. Eux-mêmes ont des nombres de patients variables. C'est moyennement pertinent parce qu'imaginons qu'un généraliste arrête son activité ou qu'il décède, les chiffres vont donc beaucoup bouger en fonction du fait que le généraliste envoyait à Tivoli ou ici.	Grâce au système informatique, on pourrait sortir un listing des patients en fonction des généralistes. Pour chaque patient hospitalisé, nous savons que c'est tel généraliste. Cela ne serait pas très compliqué de savoir que tous les ans, tel généraliste nous a envoyé autant de patients tout en comparant à l'année précédente. Mais pour ce faire, il faudrait qu'on puisse cocher dans le système informatique le fait que le patient ait été adressé par telle personne.

	satisfaction élevée dans un service particulier.		
Nombre de connexions par médecin référent à leur page dédiée sur le site internet	Il faudrait d'abord que le site internet permette aux généralistes de trouver quelque chose d'intéressant. A ce niveau, nous sommes fortement tributaires de l'évolution du site internet. Evidemment, si on permet aux généralistes de prendre des rendez-vous sur le site internet, ils vont peut-être utiliser plus cet outil. Vous allez avoir l'impression qu'il s'agit d'un indice de satisfaction vis-à-vis de l'institution. Mais cela n'est pas sûr car c'est une augmentation d'utilisation d'un outil qu'ils n'avaient pas avant. Les généralistes seront peut-être satisfaits de l'outil par les services qu'il offre. Mais cela ne signifie pas qu'ils sont forcément satisfaits de l'hôpital. Avec ce genre de site, on pourrait donner accès aux généralistes au dossier de leurs patients, à des informations d'ordre médicales. Ces informations ne seraient pas accessibles à la population.	Avec cet indicateur, on va juste mesurer la satisfaction par rapport au site internet qui leur est dédié. Ce n'est pas un indice de satisfaction des généralistes par rapport à l'hôpital. C'est un indicateur intéressant pour juger de la qualité du site internet.	
% de décès communiqué dans les délais au médecin référent	On pourrait penser que puisque cela est très demandé par le généraliste, on pourrait dire qu'ils sont satisfaits si nous avons un haut pourcentage.	Oui, mais comment allons-nous mesurer cela ? Quel serait un délai raisonnable et par quelle procédure ? Théoriquement, c'est un indicateur intéressant mais en pratique... Comment va-t-on savoir en combien de temps on a prévenu le médecin	Pour les mesurer, il faut une procédure qui soit claire. Si vous laissez le soin à chaque médecin hospitalier de prévenir son généraliste, vous n'avez aucune information. Cela va être fait de façon individuelle. Seul le médecin saura qu'il a prévenu dans les 5

		généraliste ? Sauf si on met en place une procédure dans laquelle on spécifie qu'à chaque décès, via le dossier informatisé, un mail ou un sms part de l'institution et qui l'envoie. Mais à ce moment-là, notre taux sera de 100% et la question ne se pose plus.	minutes. Je ne vais pas documenter vraiment cette information quelque part. De nouveau, par les enquêtes de satisfaction, avec une échelle de 1 à 10, on pourrait savoir si les généralistes sont satisfaits de ces délais lorsqu'il y a un décédé. Si le généraliste met 7, on sait que c'est mieux que 3. Si on met en place un système informatisé, on pourrait demander sa satisfaction par rapport à l'outil (convivialité). Mais de nouveau, on mesure la satisfaction par rapport à la qualité d'un service.
--	--	---	---

Objectif stratégique 22 : Développer les TIC			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Enquête de satisfaction du personnel	Malgré tout, je pense que si on fait ce genre d'enquêtes deux mois après avoir mis en place le DPI, cela va être très négatif. Le DPI sera mis en place de manière progressive. C'est l'une des difficultés. Le projet est tellement vaste qu'il y aura toute une série de vagues des nouvelles applications qui vont arriver. Il est vrai que ce sera difficile de trouver le bon moment parce que certains seront déjà dans le DPI ; d'autres pas encore. On pourrait imaginer que 6 mois après avoir implémenté le dossier informatisé, dans toutes les unités, il y ait une enquête de satisfaction. Il faut digérer un truc pareil. Donc, au début, on râle. Au début, ce ne sera pas très objectif.	C'est probablement le meilleur, voire le plus important.	
Montant des investissements alloués par site pour le développement des TIC	Qu'est-ce que cela signifiera au cours du temps ? Cette année, vous faites un gros investissement. Vous achetez votre DPI. Vous allez mettre plusieurs millions. L'année suivante, vous investissez moins. Que va nous dire cet indicateur ? En grande mutation	Oui mais selon moi, cet indicateur serait plus intéressant globalement plutôt que par site. Mais cela ne veut pas encore dire que vous avez réussi votre dossier. On aurait pu choisir un dossier informatisé plus cher que celui que nous avons pris, cela ne veut pas encore dire que vous avez	

	informatique, cela va représenter 5 à 6% du CA de l'hôpital. En temps normal, l'informatique coûte 2 à 3% à l'hôpital. Je ne vois pas très bien ce que ce genre d'indicateur peut apporter au DPI.	choisi le bon. Cet indicateur n'est pas vraiment pertinent. Ce n'est même pas un indicateur en soi. Ce sont des chiffres. Quelle conclusion va-t-on en tirer à part le montant investi.	
Nombre de patients suivi par télémedecine	La télémedecine, c'est le nombre de gens auquel on répond au travers d'un site par téléphone ou par e-mail ou par chat. C'est un interlocuteur qui va répondre à vos questions et vous suivre à travers le net. Pour moi, ce n'est certainement pas le premier but d'un DPI. De plus, on peut se poser des questions éthiques par rapport à la télémedecine. Pour moi, la télémedecine est quelque chose de très compliquée qui nécessite des personnes très compétentes. C'est très délicat car vous pourriez mal orienter les personnes.	Je ne vois pas vraiment en quoi cela peut être un indicateur intéressant pour voir si mon DPI fonctionne. Cela va plutôt être le reflet d'une situation économique défavorable des personnes. Il ne voudra plus contacter le médecin et payer une consultation. Ce n'est donc pas un indicateur pertinent.	
% de personnel médical et infirmier utilisant les services de télémedecine sur leur téléphone portable	De nouveau, de quoi parle-t-on exactement lorsque l'on dit télémedecine ? Je ne comprends pas très bien l'indicateur. Si par télémedecine, on entend le personnel qui peut consulter sur son I-Phone le dossier du patient, alors, cela peut être intéressant. Mais alors, ce serait 100%.	C'est quand même un indicateur assez faible par rapport à ce que représente le DPI lui-même. Comment va-t-on le mesurer ? En demandant aux gens s'ils l'utilisent ou pas ? Via une enquête de satisfaction, on revient au même problème que tout à l'heure : êtes-vous satisfait de l'interface sur votre I-Phone. Donc, on teste la satisfaction par rapport à l'outil. Ce n'est pas sur ce point qu'on pourra dire qu'on est sur la bonne voie dans le développement du DPI.	

Remarques complémentaires :

Le DPI sera mis en place progressivement. Le serveur de résultat va être mis en place en octobre. Puis, il y aura la numérisation du papier. Ensuite, il y aura la prescription des médicaments en mars. Puis, on va informatiser les unités qui sont au nombre de 40. Si nous en faisons deux par mois, cela va prendre plusieurs années.

○ Quand on parle de l'objectif 22, en fait, pour le moment, on ne développe que le DPI ?

Non. Mais il est vrai qu'ici, je me suis peut-être fort limité au DPI. Mais évidemment, sur les technologies d'information, on développe plein d'autres choses que le DPI. Mais c'est peut-être le plus gros projet en tout cas. C'est le projet sur lequel l'initiative est véritablement basée. Prenons un autre TIC : le fait de pouvoir parler d'un site à l'autre. On n'a pas de salles de téléconférence ici. De nouveau, c'est quelque chose qu'il faut pouvoir évaluer. Mais une fois qu'on a mis en place l'affaire, vous pouvez mettre en place un indicateur là-dessus. Mais, cela nous donnera encore une fois le degré de satisfaction. Oui, vous pourriez dire « je compte le nombre de salles qui sont équipées de ce type de technologie ». Mais cela veut dire que pour chaque projet, vous allez avoir des indicateurs. Maintenant, si vous voulez savoir via un indicateur si vous investissez beaucoup ou pas, alors je comprends mieux le deuxième indicateur que vous m'avez proposé. Vous investissez bien dans les TIC. Cela ne veut pas encore dire que tout marche. Mais si on veut savoir globalement notre investissement dans les nouvelles technologies, c'est quelque part l'investissement que vous faites par année qui vous renseignera. Cela pourrait être un indicateur effectivement. L'information sera facile à obtenir mais nous ne l'avons pas.

Soit, vous cherchez des indicateurs qui essaient de suivre dans quelle mesure effectivement votre politique générale dans les TIC suit la qualité. Alors, vous pouvez utiliser l'investissement. Soit vous allez sur un projet, comme le DPI qui doit faire l'objet d'une évaluation parce que c'est un projet tellement énorme qu'il touche tout le monde. Finalement, vous devez vous interroger sur l'adhésion qu'il y aura sur l'orientation de ce projet-là. Et les indicateurs sont alors pertinents à développer. Pour les autres projets informatiques, je ne suis pas sûr qu'il y ait la nécessité d'avoir des indicateurs.

Alain Bouchez :

Fonction : Coordinateur de site
Site / Service : Lobbes / Direction

Chef de projet :

Initiative : 26.1 : Renforcer le confort des patients CHJL et CHTN

Sponsor : Nadine Todeschini

Sponsors :

Initiative : 6.2 : Développer un plan d'amélioration de l'orientation patient en lien avec les attentes des patients sur chaque site du groupement

Chef de projet : Dominique Rombeaux

Initiative : 8.1 : Former les professionnels à l'accueil, à l'orientation patient et à l'information des patients (deuil compris)

Chef de projet : Christine Dutrieux

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrais, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs des projets dont vous êtes responsable que vous pilotez ?

- **26.1 :**

- Le but est d'améliorer l'offre de confort du patient de façon à se positionner dans l'environnement hospitalier. Cette offre de confort doit être un critère de différenciation par rapport aux autres hôpitaux.

○ **6.2:**

L'objectif de l'initiative est bien expliqué dans le titre de celle-ci. Donc, il s'agit de faire en sorte que dans toutes les actions d'organisation qui sont menées au sein de l'INDC, on pense « patients » c.à.d. « L'orientation est-elle accès sur le patient ou sur l'institution voire le personnel ? »

○ **8.1:**

C'est de la formation pratiquement. Il s'agit de réaliser des formations. Celles-ci donnent aux personnes les outils pour améliorer, avoir un bon accueil. Cela est la première ligne. Ensuite, les formations aident les autres acteurs sur l'aspect accueil. L'orientation dans ce cas-ci est plus à comprendre comme le fait de diriger, d'indiquer aux patients le bon service qu'il soit géographique ou de soin ou une prestation.

Pour répondre à ces objectifs, chaque groupe a développé des chartes. On retrouve dans celles-ci des sous-objectifs ainsi qu'une description plus complète de l'objectif : les différentes étapes, les moyens...

En tant que sponsor, je sais si les initiatives évoluent dans le bon sens ou non. C'est l'un de mes premiers rôles en tant que sponsor. Le deuxième point est d'aider les projets à lever les difficultés ou les contraintes de façon à ce qu'ils puissent continuer à avancer.

- Pouvez-vous m'expliquer, concrètement, qu'apporteront les projets et à qui ?

○ **26.1:**

De façon concrète, le projet améliorera le confort du patient au bénéfice des patients de façon directe en fournissant par exemple une chambre confortable. Un autre moyen d'améliorer le confort du patient de façon indirecte est de mettre des conditions et des outils à disposition du personnel qui permettent un meilleur confort aux patients. Par exemple, un lit électrique et réglable qui permet de donner des soins plus confortables aussi bien pour le soignant que pour le patient. Donc, derrière cela, on crée une certaine ambiance de travail plus positive.

- Quel est concrètement le rôle de madame Todeschini qui est votre sponsor dans cette initiative ?

Son rôle est d'avoir une vision plus macro mais surtout d'avoir un rôle de centrage sur le projet et d'aide dans la levée des obstacles.

○ **6.2:**

Ce projet sera au bénéfice du patient puisqu'il est orienté patient. Par exemple, si on considère que l'on fait un guichet d'accueil, celui-ci doit être conçu de façon à ce que les attentes du patient en termes de confort soient satisfaites. Cela peut être des attentes en termes de discrétion, d'intimité qui doivent être respectées. Par exemple, il

faut qu'il y ait suffisamment d'espace entre les guichets pour que cela soit discret ou que la disposition permette un isolement de chaque patient. Dans les organisations de processus de prise en charge, il faut mettre en place des points de repère qui permettent de vérifier qu'effectivement on a pensé aux patients et qu'on ne sait pas baser sur une organisation purement technique et de service.

○ **8.1 :**

Le projet sera bénéfique à la qualité de l'accueil : dire bonjour, la façon dont on se présente, la façon dont on donne une image positive de l'institution. Le deuxième aspect concerne la pertinence des informations que l'on peut donner aux patients. Ce projet permettra également aux personnes de mieux gérer des situations de stress du patient comme l'annonce d'un décès. Cela fait partie des capacités d'accueil.

- Selon vous, cette initiative est orientée plus patients ou professionnels ?

Patients. Ces trois initiatives sont vraiment orientés patients. Mais forcément, pour être orienté patients, il faut pouvoir modifier sa façon d'être. L'impact est au bénéfice du patient. Mais les acteurs sont les professionnels.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets des projets sur l'objectif stratégique qu'ils soutiennent ? Quels en seraient les éléments mesurables ? *Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ? Sinon, est-il efficient d'en collecter les données ?*

Par rapport à cette question, je peux vous donner des éléments de réponses sur mon initiative. Pour ce qui est des initiatives des autres personnes, c'est le travail du groupe de faire ressortir les indicateurs. Le rôle du sponsor, par rapport au chef de projet et son groupe qui a défini les indicateurs, est de dire « contrôlons ces indicateurs tous les x temps ». Le sponsor peut définir le cycle.

○ **26.1 :**

Il existe deux types de mesure :

- la mesure de la satisfaction « patients ». C'est une mesure **qualitative**. Par exemple, êtes-vous satisfait de votre chambre ? Aujourd'hui, demain, dans 3 ans, comment cette mesure évoluera-t-elle ?
- les mesures **quantitatives** qui sont le nombre de chambres qui ont une douche, par exemple. Si dans une initiative, on détermine qu'en termes de confort patients, une recommandation est qu'il y ait une douche dans chaque chambre, cela peut être un indicateur. Aujourd'hui, on mesure alors le nombre de chambres qui ne sont pas équipées de douches. Dans un an, à combien en sommes-nous ? Même chose au niveau des lavabos. Si on estime qu'en termes de confort patients, une recommandation est qu'il y ait un lavabo par patient (soit 2 lavabos dans les chambres communes), alors on mesure le nombre de chambres communes équipées de 2 lavabos. Si on estime qu'en termes de

confort patients, la recommandation est d'avoir des lits électriques partout, on mesure alors le taux de lits électriques et mécaniques. Nous verrons ainsi par les indicateurs si les recommandations sont suivies ou non. Et là, on pourra travailler sur du quantitatif.

L'aspect global, qui est d'améliorer la satisfaction du confort-patient, qui est plus qualitatif, ne viendra sans doute pas uniquement en mesure dans le cadre de l'initiative confort mais de façon plus globale sur la satisfaction patient dans lequel il y aura un volet confort-patient avec un volet qui sera celui de l'hôtelier. Si dans les recommandations, nous avons « installer dans chaque salle d'attente des écrans tv d'informations, de distractions, nous mesurerons alors le nombre de salle d'attente équipée ou non d'écrans tv. Cela concerne le volet quantitatif. D'un point de vue qualitatif, il ressortira peut-être que le patient est insensible à ce genre d'initiatives.

On peut avoir un indicateur positif et quantitatif. On a fait quelque chose. Mais finalement au niveau du patient, sur le plan qualitatif, c'est négatif. Donc, c'est quand on est positif sur les deux volets (qualitatif et quantitatif) qu'on peut vraiment dire qu'on a atteint l'objectif : on a fait quelque chose et l'expression du patient par rapport à notre action est positive.

Pour l'hôtellerie, il y a le volet alimentation. Pour l'alimentation, nous pouvons avoir des indicateurs quantitatifs comme le nombre de menus proposés, le nombre de cycles par rapport à la variété. Le service doit se faire la plupart du temps dans les chambres. Alors, on peut prendre en compte la température de livraison du repas. Reste-t-on à 65 degrés ? Pour le volet qualitatif, on mesurera la satisfaction du patient par rapport aux repas : estimez-vous que l'assiette était bien présentée ? Avez-vous mangé chaud ?

- **Pour tous les éléments mesurables quantitatifs, existe-t-il des données actuellement ?**

Aujourd'hui, il y a des données qui existent. Quand on prend le nombre de chambres équipées de douches, le nombre de lavabo, le nombre de lits électriques, le nombre de menu, **l'information existe**. En termes qualitatif, il existe des études comparatives auxquelles nous participons depuis deux ans. Il s'agit de questionnaires de satisfaction généralisés entre différents hôpitaux. Il existe donc un *benchmark* entre nous. Effectivement, aujourd'hui, j'ai une situation en termes de ressenti confort-patient sur certains aspects. Cela est un benchmark : que ressent-on sur Jolimont - Lobbes et nous comparons aux autres hôpitaux qui font parties du panel. Donc, on a une donnée de départ et on peut mesurer son évolution. Sur certains points, des indicateurs doivent être mis en place. Par exemple, si on parle du confort hôtelier et de la propreté de la chambre, aujourd'hui, nous sommes tout à fait dans cet objectif. Sur ce point, nous savons juste si le patient est satisfait ou non. Mais nous n'avons pas un système qui pourrait nous dire « voilà, de façon aléatoire, on contrôle les chambres. Avant on avait trois tâches au mur et de la poussière au sol. Maintenant, on est à une moyenne de 0.5 tâches au mur et un sol qui est

propre. » Il faudrait donc un relevé qui nous permette de mesurer : les tâches au mur, les tâches au sol, la poussière...

- Quand vous dites que les données existent, les exploitez-vous ?

Aujourd'hui, on ne les exploite pas parce qu'on n'a pas encore à mesurer un écart. On peut ressortir les données au temps t. Par exemple, si on prend les lavabos, nous avons 0 chambre équipée aujourd'hui. On sait qu'aujourd'hui, il n'y a qu'un seul lavabo par chambre. Idem pour les douches. Nous avons les plans sur base desquels nous pouvons dire si les chambres sont équipées ou non.

- J'imagine que vous fixez alors des valeurs cibles ?

Aujourd'hui, nous n'en sommes pas encore là. On est simplement sur les recommandations. Oui, bien sûr, il y a des valeurs cibles quand on dit 100% de lits électriques. C'est une valeur cible.

- Si je vous comprends bien, la démarche est d'abord d'installer de nouveaux équipements. Ensuite, vous faites un recensement auprès de la patientèle pour connaître leur satisfaction. Si la satisfaction est positive, vous mettez alors en place la recommandation ?

Non parce que cette démarche-là a déjà été faite. La comparaison des attentes « patients » ou l'identification des attentes « patients » a déjà été faite. Dans la phase de recommandation, nous avons l'ensemble des attentes ou insatisfactions exprimées par le patient. Ce qui va améliorer le confort-patient, nous l'avons donc déjà identifié. Il reste la question de la pertinence ou non étant donné que ces recommandations restent subjectives. Nous le verrons dans les études qualitatives qui vont suivre par la suite. Aujourd'hui, nous avons fait le tour du personnel en leur demandant « à votre avis, qu'est-ce qui est un plus en termes de confort-patient ». On nous a dit : avoir au moins une douche par chambre, des lits électriques, du matériel bien entretenu ». Nous avons le questionnaire de satisfaction « patients » qui nous dit « sur Jolimont, il y a un manque au niveau de la variété des repas ».

La deuxième démarche consiste à établir les recommandations. Celles-ci seront acceptées ou non en fonction de leurs coûts. Par exemple, au niveau des lavabos, il va falloir peut-être casser des murs etc. et cela représente un coût. Le groupe doit donc proposer dans un premier temps des priorités car le comité de direction nous dit ce qu'on peut faire ou non.

- J'imagine que d'un site à l'autre, les besoins ne sont pas les mêmes. Comment faites-vous pour mesurer l'objectif entre les différents sites ?

Le départ dans l'intitulé n'est pas le confort-patient des hôpitaux mais bien l'INDC. Donc, on est aussi avec les maisons de repos. Dans la démarche que

nous avons faite, nous avons identifié que les besoins en termes de confort des maisons de repos et des hôpitaux étaient différents. On travaille sur d'autres critères. Donc, on a décidé dans un premier temps de s'occuper des hôpitaux. Nous retournerons vers les maisons de repos dans un deuxième temps. Donc, on a déjà, par rapport à la diversité, fait deux groupes : les maisons de repos et les hôpitaux. Dans les hôpitaux, on a des choses qui sont des standards. Nous devons déterminer les **points standards** entre les hôpitaux. Par exemple, au niveau d'un accueil, il ne doit pas y avoir de courant d'air. Par rapport à ce standard, dans certains hôpitaux, il n'y a pas de problèmes. Donc, il n'y a rien à faire. Par contre, dans d'autres hôpitaux, il y a un gros problème de courant d'air et nous devons prévoir quelque chose. Au niveau du confort-patient, il y a l'accessibilité au parking. Sur certains sites, de nouveau, on rencontre des difficultés, sur d'autres pas. Le standard par rapport à l'accessibilité est défini comme suit : possibilité de se parquer, disponibilité de places réservées aux handicapées, sécurité des zones piétonnes...Par contre, on va peut-être se rendre compte qu'il n'y a qu'un seul site qui pose problème. Mais de façon global, c'est un besoin qui est exprimé pour le confort-patient. Suivant la région, il y a des choses qui sont sûrement différentes. En termes de niveaux d'exigence, on peut très bien se retrouver avec un hôpital qui au niveau du confort nécessiterait le développement du WIFI.

■ **Le niveau d'exigence, d'où vient-il ? Des autorités ou de la patientèle ?**

C'est la patientèle. Il y a des **normes standards** auxquels tout hôpital doit répondre (c'est le côté légal). Sans cela, nous ne pourrions être agréés. **Le niveau**, c'est le patient. Dans son évaluation qualitative, le patient dira s'il est satisfait ou non. On peut très bien avoir le même équipement et une patientèle satisfaite. Et une autre insatisfaite car elle attend autres choses. Dans cette région, on pourrait avoir une demande pour le WIFI. La différence peut même exister au sein de l'hôpital. On peut avoir au sein des services des attentes de confort basées sur des équipements différents. Par exemple, en orthopédie, les sanitaires avec douches sont beaux, spacieux. Alors qu'en gériatrie, ce n'est pas la douche car elle est très peu exploitée. Par contre, on recherche plus dans ce service un coin détente.

○ **6.2 :**

Le sponsor ne souhaite pas répondre.

○ **8.1 :**

Le sponsor ne souhaite pas répondre.

Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

Objectif stratégique 26 : Améliorer le volet hôtelier des sites			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Taux de satisfaction des patients		L'indicateur qualitatif, sur base de l'enquête, est pertinent. Les hôpitaux se chargent de dépouiller et de formaliser les résultats de manière individuelle et comparable.	Le questionnaire a été réalisé par un consultant. La gestion de ces données est-elle automatisée ? Il y a un encodage structuré. Et la société MEDSOC de consultance en extrait les données.
Pourcentage de chambres individuelles sur chaque site	En fait, il faudrait pouvoir mettre en rapport le nombre de demandes de chambres individuelles qui ne sont pas satisfaites. Si vous avez 80% de chambres particulières dans un service, cela ne veut pas pour autant dire que vous répondez au confort du patient. Parce que peut-être dans ce service, il y a peu de demandes par rapport à des chambres individuelles. Le fait que tous les patients soient en chambres particulières n'est pas forcément un plus en termes de confort. Il faut pouvoir travailler avec des solutions souples étant donné le caractère changeant de l'offre et de la demande. Par exemple, les chambres pourraient être facilement transformables avec une différenciation.	L'indicateur ne vaut rien si ce n'est par rapport à la demande du patient.	Cela existe.

Le sponsor n'a pas souhaité répondre aux KPI relatifs aux objectifs stratégiques 6 et 8.

Date de l'interview : 24/04/2012

Pierre Van Den Berge :

Fonction : Directeur des soins infirmiers

Site / Service : Tubize-Nivelles / Direction des soins infirmiers

Chef de projet :

Initiative : 7.8 : *Assurer la mise en place d'itinéraires cliniques*

Sponsor : Christophe Ravoet

Sponsor :

Initiative : 17.1 : *Analyser les potentiels d'amélioration des principaux plateaux techniques de l'institution: urgences, blocs opératoires, polycliniques, etc.*

Chef de projet : Pascal Graux en partenariat avec Antares (en remplacement de Sophie Aunac et Etienne Dereeper)

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrai, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs du projet que vous pilotez ?

Les itinéraires cliniques consistent à avoir un processus de soins, un trajet de soins pour les patients. Ce trajet reprend les différents acteurs qui travaillent en multidisciplinarité. Ce projet consiste à voir la plus-value pour le patient que ce soit en termes de gain au niveau traitement, survie, prise en charge du risque, du coût etc.

- Concrètement, qu'apportera le projet et à qui ?

Il y a différents projets. Un itinéraire clinique, comme je viens de vous le citer, c'est un trajet de soins. Donc, en fonction des filières de soins étudiées, nous aurons un impact positif pour le patient souffrant d'un infarctus. Nous aurons les patients entrants dans toute l'approche des

soins trans-muraux et des transferts inter-sites. Il y aura un impact également, si nous prenons l'exemple du cancer du sein, pour toutes les patientes atteintes avec des délais de prise en charge, un suivi de qualité approprié, organisé... Donc, en fonction des thématiques, ce sont les patients qui seront les principaux bénéficiaires.

- Comment pourriez-vous vérifier les effets du projet sur l'objectif stratégique qu'il soutient **(7 : Améliorer la qualité et la sécurité des patients) ?**

Nous avons réalisé des pré-mesures avant le lancement du projet. Nous allons réaliser des post-mesures avec un indice de dossier après 3 mois, après 6 mois, après 1 an, après 2 ans. Donc, nous verrons dans ces cas, dans quelle mesure le projet a été suivi, est accompli, a dû être corrigé, doit être corrigé, etc.

- Auriez-vous des exemples ?

Nous avons mis en place des itinéraires de l'infarctus aigu du myocarde. Nous allons pouvoir mesurer à partir de ce trajet de soins, clairement repris sous la forme d'un *logigramme*, le nombre de patients qui sont entrés dans cette logique d'itinéraires cliniques. Nous pourrons également évaluer les patients qui ne sont pas entrés dans cet itinéraire clinique, analyser le pourquoi. Nous pourrons également rencontrer les différents chefs de services, médecins, infirmiers des secteurs concernés, pour rappeler les procédures, l'approche thérapeutique, pour rappeler tous le consensus qui est organisé autour de l'itinéraire clinique : infarctus aigu du myocarde. Par exemple, la grosse avancée, c'est la technologie et la possibilité d'envoyer les électro via le système d'I-Phone. Aujourd'hui, la technologie nous permet de manière cryptée d'envoyer les électro directement sur l'I-Phone du médecin qui est de garde. Donc, il y a un gain de temps. Quand on sait que la prise en charge de cet infarctus doit être réalisée et traitée dans les 90 minutes, le fait d'avoir initié cette approche en multidisciplinarité, fournit un gain dans la qualité des soins et dans la survie du patient.

Il y a des dizaines d'action. Nous avons également revu l'aspect transport : renforcer et coordonner au mieux les transports que ce soit avec nos ambulances, les véhicules d'intervention rapides des différentes communes participantes, etc. La liste est longue des actions qui ont été menées.

- Quand vous dites que la liste des actions est longue, c'est par rapport à un itinéraire clinique ou par rapport au fait de vouloir améliorer la sécurité et la qualité des patients ?

Non, c'est par rapport à un itinéraire clinique.

- J'ai cru comprendre que l'objectif était de concevoir deux itinéraires cliniques par an. Mais on peine à en mettre un en place chaque année. Qu'en pensez-vous ?

Je ne pense pas qu'il faille voir les choses comme cela. On a voulu aborder des thématiques qui sont transversales. Donc, par exemple, l'infarctus aigu du myocarde « stimi », était un infarctus abordé de différentes manières selon que l'on situe sur un site comme Nivelles, Tubize ou Lobbes où il n'y a pas d'angioplastie. Là où l'on réalise des coronarographies, comme sur le site de Jolimont, il y avait une différence. L'approche, l'organisation était différente. Donc, au total, nous avons réalisé deux itinéraires cliniques pour les hôpitaux satellites et un pour l'hôpital faisant des coronarographies et des angioplasties. Nous avons coordonné un tout qui ne faisait plus qu'un seul itinéraire clinique. Mais dans un itinéraire clinique, il y a au moins deux sous-itinéraires cliniques. Donc, en 2011, nous avons fait au moins deux itinéraires cliniques. En 2012, nous sommes en train de revoir sous la forme d'itinéraires cliniques, tous les transferts inter-sites. A ce niveau, nous avons quasiment 10 transferts à analyser. Donc, si on joue le jeu et qu'on est linguiste, comptez le nombre d'itinéraires cliniques que cela fera.

- Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?

	Commentaires	Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?	Sinon, est-il efficient d'en collecter les données ?
Le nombre de patients entrés dans un itinéraire clinique	On recherche un ratio sur le nombre total de patients ayant eu un infarctus aigu myocarde stimi. Combien sont-ils à être entrés dans un itinéraire de ce type ? Cet indicateur est le plus basique.		
Le nombre de re-perfusion coronarienne après angioplastie			
Variable temporelle	A quelle heure, quelle minute, l'angioplastie est réalisée ? Quand a eu lieu la thrombolyse ?.... Il y a des centaines d'indicateurs		

- Ces indicateurs sont-ils suivis actuellement ?

Oui, ils sont tout à fait suivis.

- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique.

Objectif stratégique 7 : Améliorer la qualité et la sécurité des patients			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Nombre d'erreurs médicamenteuses	On a besoin de taux. On a besoin de déclaration, de notification.	C'est pertinent. C'est une mesure qui doit pouvoir être retrouvée pour faire des plans d'action pour qu'elles ne se représentent plus tout simplement.	Aujourd'hui, cette mesure existe sous la forme du document des événements indésirables.
Nombre d'escarres	Cela peut être à la fois lié au soin.	Même chose, même réponse.	
Nombre de chutes	Le tableau de l'OMS reprend toutes les notifications des accidents (sauf les escarres). Il est disponible en français sur le site de HAS. Aujourd'hui, nous travaillons, au niveau du comité de qualité, sur un système de notification informatisée où vous avez sous le label « erreurs de médication », un	Même réponse. C'est à chaque fois dans le même jardin.	

	ensemble lié au processus, aux patients, aux différentes problématiques. Tout ceci se présente sous la forme d'un menu déroulant en sous-items. Donc, pour reprendre le nombre de chutes, c'est lié à la médication des soins.		
Nombre d'infections nosocomiales		Même réponse.	Nous utilisons la déclaration des incidents pour faire ce recueil. On travaille également avec Navigator par exemple sur l'approche liée aux infections.
Nombre d'erreurs d'intervention par une mauvaise information préalable	Déjà, le nombre d'erreurs d'intervention, il n'y en a pas beaucoup. C'est excessivement faible.	Très clairement, il serait intéressant d'avoir ce genre d'information. La difficulté est que nous nous basons sur la notification. Et la notification est volontaire. Il y a très peu de déclarations à ce niveau-là. Il y a un grand intérêt à le savoir mais il y a peu d'intérêt dans les faits car il n'y en a pas.	
Nombre d'itinéraires cliniques en application	Aujourd'hui, je peux vous dire qu'il y en a un. Il faut choisir des itinéraires qui touchent une large population. Si vous faites un itinéraire pour les maladies	Oui mais ce qui est surtout intéressant par le nombre d'itinéraires, c'est le nombre de patients entrants dans les itinéraires. C'est la	

	orphelines, c'est dire l'intérêt que cela va avoir dans l'institution. On pourra se vanter d'être le seul hôpital à faire cet itinéraire. Mais si cela ne touche qu'un seul patient, c'est complètement ridicule et non rentable.	population touchée qui nous importe le plus.	
% d'erreur d'identification (patients incorrectement identifiés)	Sur cet indicateur, je ne sais pas répondre. Comment va-t-on le mesurer ? On va choisir un échantillon aléatoire de patients? Et on va voir s'ils sont correctement identifiés ? Et même s'ils sont bien identifiés, au niveau des prises de sang, si nous mettons une mauvaise vignette, sa prise de sang sera mal étiquetée. Le problème sera le même. Mais il est clair que l'identification correcte de la personne est très importante. C'est essentiel en termes de qualité et de sécurité.	Il y a une pertinence. Mais encore une fois, ce qui est intéressant dans un indicateur, c'est sa validité. Sur celui-ci, il y aurait à mon sens un souci de validité.	

Remarques complémentaires :

Le questionnaire ne s'intéresse pas à ces indicateurs. Par contre, la direction et les départements médicaux-infirmiers s'y intéressent. Ils disposent de ces informations et cela leur est utile. Il consulte ces informations très régulièrement. Par exemple, en ce qui concerne les déclarations du nombre d'escarres, on fait des résumés non seulement mensuels mais annuels. Pour tout ce qui concerne la gestion des infections, ce sont plus des résumés trimestriels voir annuels. En fonction des organes locaux ou non, c'est plus simple au niveau des analyses. Les escarres, les chutes concernent les organes locaux. L'infection nosocomiale, c'est aussi bien local que national. On se compare alors à la moyenne nationale. C'est une approche très large.

- Pouvez-vous m'expliquer, concrètement, qu'apportera le projet que vous sponsorisez (17.1) et à qui ?

Je ne suis plus sponsor de cette initiative¹¹. Celle-ci a été reprise maintenant par monsieur Graux. Antares chapeaute un projet qui est encore plus large qui est l'optimisation du quartier « bloc opératoire ». C'est donc plus large que ce qui était attendu au départ parce que cela inclut l'achat d'un logiciel d'optimisation du planning. Il y a deux aspects : celui du planning avec le logiciel ; et celui de dynamiser le secteur du quartier opératoire. Il y a un comité de pilotage qui reprend :

- Antares,
- Direction médicale et infirmière,
- le docteur *Mansvelt*, Dereepper et Spotaux

Celui qui est plus d'avantage le sponsor dans cette activité c'est monsieur Graux. Moi, j'ai toujours un rôle car je suis dans le comité de pilotage. Le projet est sous la direction de monsieur Graux en tant que sponsor, d'Antares et du comité de pilotage.

Remarque : Pierre Van Den Berge n'a pas souhaité répondre aux KPI mesurant l'objectif stratégique 17.

¹¹ Dès lors, les questions suivantes n'ont pas été posées.

Véronique Guilmot¹² :

Fonction : Directrice RH
Site / Service : INDC / RH

Chef de projets :

Initiative : 7.7 : Développer l'identification du patient et des prestataires

Co-chef de projet : Véronique Louppe
Sponsor : Alex Parfonry

Initiative : 21.1 : Définir un organigramme et des descriptions de postes pour les cadres (responsables d'équipe) : niveau de décentralisation des décisions

Sponsor : Maryse Valfer

Initiative : 24.2 : Valoriser le plan de formation pour l'ensemble du personnel de l'institution

Co-chef de projet : Yasmina Hamache
Sponsor : Nadine Todeschini

Bonjour, je suis étudiant en dernière année d'ingéniorat de gestion. Actuellement, je travaille à la réalisation de mon mémoire projet qui consiste à la mise en place d'indicateurs stratégiques (Regards 2015) au sein de l'INDC entité Jolimontoise. Dans le cadre de celui-ci, je suis amené à réaliser des entretiens avec des responsables de projet, leur sponsor ainsi que certains responsables et directions afin de déterminer les indicateurs les plus efficaces, en adéquation avec l'initiative 23.1 : la mise en place des tableaux de bord pour les services et les directions.

Avant de débiter cet entretien, je vous précise que son contenu est strictement confidentiel. Afin d'en faciliter la retranscription, je vous propose d'enregistrer sur un support audio son contenu. Par ailleurs, je vous transmettrais, dans un délai raisonnable, une synthèse de l'interview qui sera soumise à votre approbation.

- Pouvez-vous m'expliquer, en quelques mots, les objectifs des projets que vous pilotez ?
 - **7.7 :** L'objectif est d'identifier les prestataires (quel est le soignant, où est-il dans la chaîne ?). Mieux présenter le prestataire. Il faut qu'il y ait une interface entre les deux qui permette une traçabilité. Au niveau des prestataires, c'est qualitatif. On pourrait imaginer un badge multifonctionnel.

¹² N'a pas souhaité être enregistrée au cours de l'entretien.

L'objectif est aussi d'éviter d'avoir des doublons dans nos bases de données que ce soit au niveau des patients ou des prestataires. Pour ce faire, il faut améliorer les processus d'identification qui permettent d'être reconnu et reconnaissable comme membre de l'institution.

- **21.1 :** L'organigramme est un descriptif de fonction qui consiste à rassembler tout ce qui existe et à l'afficher dans le logiciel *VISIO*.

L'objectif est de comprendre le schéma de l'entreprise et les liens. De plus, cela devrait permettre à tout un chacun d'avoir une vision claire des **rôles** et **tâches** attribués à chaque fonction.

- **24.2 :** L'initiative est matérialisée au travers d'un catalogue qui reprend l'ensemble des formations proposées par l'institution. Que celles-ci soient légiférées ou pas, elles ont pour vocation de s'adresser à tous. Bien évidemment, l'accessibilité à ces formations devra faire l'objet d'un arbitrage au gré des circonstances. En effet, il serait préjudiciable qu'une équipe entière soit en formation au même moment. En fonction du type et du coût des formations¹³, elles pourront faire l'objet d'un remboursement (partiel ou total).

- Comment pourriez-vous vérifier les effets des projets sur l'objectif stratégique qu'ils soutiennent? Selon vous, quels en seraient les éléments mesurables ?

	Intitulés proposés	Ces données sont-elles disponibles ? Le cas échéant, savez-vous auprès de qui et comment se les procure-t-on ?	Sinon, est-il efficient d'en collecter les données ?
Objectif stratégique 7 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins.	Taux de doublons		
	Taux d'erreurs médicamenteuses		
	Taux d'attribution des soins adéquats		
	Taux de satisfaction		

¹³ Budget non défini

Objectif stratégique 21 : Responsabiliser les différents échelons hiérarchiques.	Nombre d'organigramme	Un générique pour chaque institution.	
	Taux de satisfaction sur la compréhension de l'organigramme	C'est prématuré.	
Objectif stratégique 24 : Potentialiser l'ensemble des collaborateurs.	Le nombre de turn-over		Disponible auprès de la GRH.
	Le nombre de mouvements horizontaux-verticaux réussis.		
	Le taux d'incidents		

- Voici une série d'indicateurs potentiellement exploitables pour mesurer la performance stratégique de l'objectif stratégique. [Pour chaque KPI supplémentaire non-cité]

Objectif stratégique 7 : Améliorer la qualité et la sécurité des patients			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Nombre d'erreurs médicamenteuses		Oui.	
Nombre d'escarres		Non. C'est lié au patient.	
Nombre de chutes		Non. idem	
Nombre d'infections nosocomiales		Non	
Nombre d'erreurs d'intervention par une mauvaise information préalable		Oui. ++	On peut le retrouver.

Nombre d'itinéraires cliniques en application	L'indicateur a été compris comme le trajet.	Oui. Sur le plan de l'identification.	Non, en analyse.
% d'erreur d'identification (patients incorrectement identifiés)		Oui.	Oui. Accueil ; personne occupée par la tarification

Objectif stratégique 21 : Responsabiliser les différents échelons hiérarchiques			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Pourcentage de poste possédant un descriptif de fonction	Actuellement 70 %, on vise les 100%.		
Nombre d'organigramme défini		Oui	
Nombre d'heures de formations par an et par personne proposés		Non	
Nombre d'heures de formation par an et par personne réalisés		Non	
Montant annuel des primes attribuées par objectif		Non	

Objectif stratégique 24 : Potentialiser l'ensemble des collaborateurs			
KPIs Proposés	Avis et commentaires	En s'intéressant à l'objectif stratégique, pensez-vous que cet indicateur stratégique est <u>pertinent</u> ?	Si oui, ces données sont-elles <u>disponibles</u> ? Le cas échéant, savez-vous auprès de <u>qui</u> et comment se les procure-t-on ?
Age moyen du personnel (médical, infirmier, administratif, support,...)	C'est discriminant.	Non.	
Nombre d'heures de formation délivrées à l'ensemble du personnel		Oui	Oui, la GRH.
Nombre de staff interdisciplinaires		Oui, si ce sont des échanges professionnels.	On pourrait l'avoir.
Nombre de réunions dans chaque service		Non, ça évolue. C'est un outil de communication qui n'est pas en lien direct.	

Remarques complémentaires :

- L'initiative 24.3 (Développer la responsabilisation du personnel de l'institution) est sur le point de démarrer avec Madame Guilmot comme chef de projet.
- *Le bilan social* permet d'obtenir les informations relatives aux nombres d'heures passées en formation par le personnel.

Annexe 9 : Le questionnaire de satisfaction à destination de la patientèle



Madame, Mademoiselle, Monsieur,
Afin de répondre au mieux à vos attentes et dans le souci de nous améliorer, il est essentiel que vous nous fassiez part de votre appréciation au terme de ce séjour dans notre clinique. Vous nous aiderez grandement à améliorer le service de qualité que nous voulons offrir à tous nos patients. Avant de quitter l'institution, nous vous demandons de répondre à ce questionnaire et de le déposer dans la boîte aux lettres destinée à cet effet.
En vous remerciant d'avance pour votre contribution,

La direction du Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes

- Quand avez-vous été hospitalisé(e) (mois – année) ? ____ / 20__
- Saviez-vous à l'avance que vous alliez être hospitalisé(e) (hospitalisation programmée) ? ☐ oui ☐ non
- Après les formalités d'admission lors de votre arrivée à la clinique, avez-vous obtenu rapidement votre chambre ? ☐ oui ☐ non
- Combien de temps avez-vous dû attendre ?
☐ entre 0 et 30 min ☐ entre 30 min et 1 h ☐ entre 1 h et 2 h ☐ plus de 2 h
- Vous avez séjourné dans une chambre à
☐ 1 lits ☐ 2 lits ☐ 3 lits ☐ 4 lits
- Etait-ce votre demande ? ☐ oui ☐ non
- Si oui, l'avez-vous obtenu ☐ directement ☐ après un transfert par une autre chambre
- Quel est le numéro de votre chambre actuelle ? _____
- Ou, à défaut, le nom du service dans lequel vous avez séjourné : _____
- Est-ce votre première hospitalisation au Centre Hospitalier de Jolimont-Lobbes ? ☐ oui ☐ non
- Pourquoi avez-vous choisi le Centre Hospitalier de Jolimont-Lobbes ? (vous pouvez donner plusieurs réponses)
☐ (1) Mon médecin traitant me l'a conseillé
☐ (2) L'hôpital a une bonne réputation
☐ (3) J'habite à proximité de l'hôpital
☐ (4) Un spécialiste de l'hôpital a une bonne réputation
☐ (5) J'étais satisfait(e) d'une hospitalisation antérieure
☐ (6) Un proche (famille, ami) me l'a conseillé
☐ (7) Je suis venu(e) en consultation dans l'hôpital
☐ (8) Un spécialiste extérieur à l'hôpital me l'a conseillé
☐ (9) Un service de l'hôpital a une bonne réputation
☐ (10) Je n'ai pas choisi (urgence)
☐ (11) Un membre de ma famille ou un proche y travaille
☐ (12) Autre
 Si autre, précisez : _____
- Quelle est la durée de votre hospitalisation ? _____ jour(s)
- Etes-vous passé(e) par les soins intensifs (réanimation) ? ☐ oui ☐ non
- Avez-vous rencontré l'infirmière responsable du service dans les 24 h suivant le début de votre hospitalisation ? ☐ oui ☐ non
 Commentaires éventuels : _____
- Avez-vous rencontré un médecin dans les 24 h suivant le début de votre hospitalisation ? ☐ oui ☐ non
 Commentaires éventuels : _____
- Avez-vous fait appel au service social pendant votre séjour ? ☐ oui ☐ non
- Vous êtes de sexe ☐ féminin ☐ masculin
- Quel est votre âge ? _____ ans
- Quel est le code postal de votre commune ? _____



Par rapport à votre hospitalisation au Centre Hospitalier de Jolimont-Lobbes, nous vous demandons d'apprécier chaque proposition en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre appréciation (de 1 = pas du tout d'accord à 5 = tout à fait d'accord). Si vous n'avez pas été concerné(e) par l'aspect considéré, veuillez entourer la lettre NC (= Non Concerné).

	Pas du tout d'accord ☹		😊	Tout à fait d'accord ☺		NC
L'accès à l'hôpital est aisé (accès routier, parking, transports en commun ...)	1	2	3	4	5	NC
Le personnel de l'accueil est serviable	1	2	3	4	5	NC
Avant mon hospitalisation ou au moment de mon entrée à l'hôpital, j'ai été bien informé(e) des conditions d'hospitalisation (informations pratiques et financières)	1	2	3	4	5	NC
Il est facile de trouver son chemin dans l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
L'accueil dans l'unité de soins a été chaleureux	1	2	3	4	5	NC
La brochure d'accueil est bien faite	1	2	3	4	5	NC
L'aspect de l'hôpital est agréable (apparence, décors ...)	1	2	3	4	5	NC
Le personnel hospitalier est courtois	1	2	3	4	5	NC
Tout au long de mon séjour, j'ai reçu une information claire sur :						
- le déroulement de la journée	1	2	3	4	5	NC
- la nature des soins et examens	1	2	3	4	5	NC
Le personnel infirmier a été sensible à mes besoins	1	2	3	4	5	NC
Le personnel infirmier m'a consacré suffisamment de temps	1	2	3	4	5	NC
La chambre est confortable (lit, fauteuil, sanitaires ...)	1	2	3	4	5	NC
L'usage / accès des TV, téléphone ... est aisé	1	2	3	4	5	NC
Les locaux sont bien entretenus (chambre, salle de séjour, couloirs ...)	1	2	3	4	5	NC
J'ai l'impression que l'hôpital dispose d'un équipement moderne	1	2	3	4	5	NC
Les déplacements à l'intérieur de l'hôpital (lits, chaises roulantes, rampes ...) sont aisés	1	2	3	4	5	NC
Il fait suffisamment calme à l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
En cas d'examen(s) effectué(s) en dehors de l'unité de soins :						
- les attentes ont été supportables	1	2	3	4	5	NC
- j'ai apprécié la prise en charge	1	2	3	4	5	NC
- j'ai apprécié l'attention portée à mon confort	1	2	3	4	5	NC
En moyenne, combien de temps ont duré ces attentes ?	> 2 h	> 90'	> 1 h	> 30'	< 30'	NC
Lorsque j'ai dû attendre (pour un examen, le médecin ...), le personnel m'a informé(e) du retard	1	2	3	4	5	NC
Je me sens respecté(e) dans mon intimité et ma pudeur	1	2	3	4	5	NC
Le personnel s'est préoccupé de soulager rapidement mes douleurs	1	2	3	4	5	NC
J'ai pu rencontrer suffisamment le médecin	1	2	3	4	5	NC
J'ai reçu de la part des médecins des réponses claires et compréhensibles sur mon état de santé et mon traitement	1	2	3	4	5	NC
L'hôpital a tout mis en œuvre pour bien me soigner	1	2	3	4	5	NC
Dans le cas de prescription de soins complémentaires, j'ai apprécié la prise en charge :						
- des kinésithérapeutes	1	2	3	4	5	NC
- des psychologues	1	2	3	4	5	NC
- des logopèdes	1	2	3	4	5	NC
- des ergothérapeutes	1	2	3	4	5	NC
- des diététiciens	1	2	3	4	5	NC
L'hôpital dispose du confort nécessaire pour l'accueil des visiteurs	1	2	3	4	5	NC

	Pas du tout d'accord ☹		☺	Tout à fait d'accord ☺		NC
Concernant les visites :						
- les consignes ont été clairement communiquées	1	2	3	4	5	NC
- la planification des horaires est satisfaisante	1	2	3	4	5	NC
- le(s) visiteur(s) respecte(nt) le bien-être des patients	1	2	3	4	5	NC
Les services offerts autour de mon hospitalisation (cafétaria, boutiques, journaux, distributeurs ...) sont suffisants	1	2	3	4	5	NC
Il est facile de se reposer quand on le souhaite	1	2	3	4	5	NC
Je me suis senti(e) écouté(e) et soutenu(e) par le service social	1	2	3	4	5	NC
J'ai obtenu l'assistance religieuse, philosophique ou laïque que je souhaitais	1	2	3	4	5	NC
J'ai pu compter sur l'accueil et le soutien des bénévoles	1	2	3	4	5	NC
J'ai apprécié la prise en charge du service de brancardage	1	2	3	4	5	NC
En cas de problème, le personnel infirmier réagit rapidement	1	2	3	4	5	NC
Concernant le service des repas, j'ai apprécié :						
- la qualité	1	2	3	4	5	NC
- la quantité	1	2	3	4	5	NC
- la présentation	1	2	3	4	5	NC
- la variété	1	2	3	4	5	NC
- l'horaire	1	2	3	4	5	NC
- la température	1	2	3	4	5	NC
- le respect du régime alimentaire, soit prescrit, soit personnel (végétarien, confessionnel ...)	1	2	3	4	5	NC
- le respect de mon choix	1	2	3	4	5	NC
L'information fournie à mes proches correspond à mes souhaits	1	2	3	4	5	NC
Je me sens en sécurité à l'hôpital	1	2	3	4	5	NC
Je pense que les soins infirmiers sont de bonne qualité	1	2	3	4	5	NC
Je pense que les soins médicaux sont de bonne qualité	1	2	3	4	5	NC
J'ai reçu les informations nécessaires pour ma sortie de l'hôpital (conseils, prescriptions, poursuite du traitement, aide sociale ...)	1	2	3	4	5	NC
J'ai le sentiment que les informations me concernant restent bien confidentielles	1	2	3	4	5	NC

▪ Si vous êtes entré(e) **PAR LES URGENCES**, vous êtes venu(e) :

- ☐ par vos propres moyens ou avec un proche
- ☐ par ambulance (le 100)
- ☐ par ambulance (autre que le 100)
- ☐ sur le conseil du médecin traitant
- ☐ de votre propre initiative
- ☐ pour être hospitalisé(e) plus rapidement
- ☐ autre

si autre, précisez : _____

	Pas du tout d'accord ☹		☺	Tout à fait d'accord ☺		NC
Si vous êtes passé(e) par le service des urgences avant d'être hospitalisé(e), pouvez-vous nous dire si vous avez bénéficié :						
- d'un accueil chaleureux pour vous-même	1	2	3	4		NC
- d'un accueil chaleureux pour votre entourage	1	2	3	4	5	NC
- d'une bonne information	1	2	3	4	5	NC
- d'un délai d'attente suffisamment court selon vous avant votre prise en charge	1	2	3	4	5	NC
(temps d'attente approximatif : ____ min)	1	2	3	4	5	NC
- d'une prise en charge compétente	1	2	3	4	5	NC
- d'un soulagement rapide de la douleur	1	2	3	4	5	NC

- De manière générale, comment jugez-vous la **qualité du service (unité de soins)** dans lequel vous avez séjourné ?
 - ☐ très bonne
 - ☐ bonne
 - ☐ moyenne
 - ☐ mauvaise
 - ☐ très mauvaise
- Globalement, dans quelle mesure êtes-vous **satisfait(e) de votre séjour** au Centre Hospitalier de Jolimont-Lobbes ?
 - ☐ très satisfait(e)
 - ☐ assez satisfait(e)
 - ☐ neutre
 - ☐ assez insatisfait(e)
 - ☐ très insatisfait(e)
- Si vous deviez à nouveau être hospitalisé(e), choisiriez-vous le Centre Hospitalier de Jolimont-Lobbes ?
 - ☐ certainement
 - ☐ probablement
 - ☐ neutre
 - ☐ probablement pas
 - ☐ certainement pas
- Avez-vous eu de la visite (famille, proches ...) pendant votre séjour ?
 - ☐ peu
 - ☐ assez
 - ☐ trop
- Avez-vous des remarques, des observations, positives ou négatives, concernant votre séjour à l'hôpital ou des suggestions sur ce qui pourrait être fait pour améliorer le séjour des patients dans cette institution ?

Si vous le désirez, vous pouvez indiquer vos coordonnées :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Nous vous remercions d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire.
 Voulez-vous bien le mettre dans l'enveloppe jaune et déposer celle-ci dans la boîte aux lettres prévue à cet effet dans le service où vous êtes hospitalisé.

Annexe 10 : Constitution de l'équipe projet 23.1

23.1 Mettre en place des tableaux de bord pour les services et les directions			
Sponsor:	M. Graux		
Chef de projet:	M. Rary		
Equipe fixe	Fonction	Site	Service
ALBANESE Cossimo	Responsable appli	INDC	Informatique
HAPPE Christophe	Gestionnaire Qualité et Projets	INDC	Qualité et Projets
LORENZANO Giuseppe	Comptabilité	Tubize-Nivelles	Comptabilité
MANTIONE Rosalba	Responsable Administratif	INDC	Ressources Humaines
MERCKX Dorothée	Responsable Administratif	Jolimont-Lobbes	Département Administratif
NOTTE André	Responsable Administratif	Tubize-Nivelles	Département Administratif
SCHIETECATTE Pol	Responsable Achat	4 sites hospitaliers	Service Achat
VANDENBERGE Pierre	Directeur des Soins Infirmiers	Tubize-Nivelles	Direction des soins infirmiers
Sur invitation	Fonction	Site	Service
BARTHOLOMÉE Sébastien	Direction Médicale	Tubize-Nivelles	Soins Intensifs
HOUX Christiane	Pharmacien	Lobbes	Pharmacie