

all teach,
all learn*

* inspired by IHI

13

BIENTÔT UN COMITÉ
DE PATIENTS
CHEZ VOUS ?
VOICI QUELQUES
CONSEILS...

Page 4

Edito

Page 2

Färm, un modèle de Gouvernance Participative

Page 3

Un conseil des résidents proactif et dans l'action : certes mais pas que...

Page 8

Est-ce possible chez vous ?

Page 10

Veille documentaire

Page 11



Le Magazine de la PAQS est une publication de la PAQS ASBL

Clos Chapelle-aux-Champs, 30
bte 1.30.30
1200 Bruxelles

Editeur responsable
Denis Herbaux

Conception et réalisation
Audrey Mattelet

Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à ce numéro :
Joëlle Archambeau, Juliette Hannick, Mathieu Louiset, Audrey Mattelet, Ana van Innis, Bernard Voz

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

Impression
Media Process
Chaussée de Louvain, 775
1140 Bruxelles

Les articles publiés n'engagent la responsabilité que de leurs auteurs.

Toute reproduction, même partielle, des articles de la publication du Magazine de la PAQS doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la PAQS ASBL.



Avec le soutien de



VUCA ! Quoi de mieux pour décrire la situation qui nous touche actuellement. Venant de la méthode Agile, VUCA désigne un monde qui est Volatile, Incertain, Complexe, et Ambigu. Exactement ce que nous sommes en train de vivre en cette période où nous devons absolument bousculer toutes nos habitudes. Face à la pandémie, son virus SRAS-CoV-2 et sa pathologie COVID-19, nous devons mettre en place les standards les plus fiables et éprouvés pour garantir une prise en charge optimale de nos patients. De la protection du personnel à l'observance des directives pour réduire les infections nosocomiales.

Centre d'expertise, la PAQS soutient les institutions de soins à Bruxelles et en Wallonie dans la mise en place d'amélioration pour sécuriser notre système de santé. Aujourd'hui, plus que jamais l'objectif de réduction des dommages est à garder dans le viseur. Nous souhaitons vous apporter notre appui dans cette conjoncture et mobilisons nos efforts en interne. Ressources, revues de littératures ou autres outils peuvent être sollicités auprès de notre équipe.

La PAQS tient à réaffirmer son soutien aux équipes mobilisées dans l'ensemble du système de santé et à saluer leur travail effectué dans des conditions complexes. Nous sommes convaincus qu'elles mettent tout en œuvre pour prendre à bras le corps cette pandémie et pour aider les personnes touchées.

Pour toute question ou demande, contactez l'équipe de la PAQS.

Rédigé par :
Mathieu Louiset, Head of Improvement Services - PAQS

FÄRM, UN MODÈLE DE GOUVERNANCE PARTICIPATIVE

Ensemble, on est plus forts !, c'est l'un des leitmotifs de Färm. Cette enseigne belge a ouvert son premier magasin à Bruxelles en 2013. Ses valeurs sont au cœur de son activité : la coopération, l'exemplarité, la justesse et la joie de vivre. Cette coopérative permet à toute personne motivée de s'investir financièrement mais aussi dans le fonctionnement de l'organisation. Pour aller encore un pas plus loin, un modèle de Gouvernance Participative a été mis en place.

La Gouvernance Participative chez Färm

Exit le modèle strictement pyramidal, Färm a décidé de faire participer l'ensemble de ses parties prenantes aux décisions. La collectivité rassemble plus de connaissances et de compétences qu'une seule personne. Juliette Hannick, Responsable de l'accueil des nouveaux membres, nous explique que ce modèle est appliqué jusqu'aux plus hautes instances comme le Conseil d'Administration. Ce dernier rassemble notamment des représentants du personnel, des clients, des fournisseurs et des franchisés. Une personne représente une voix.

Au niveau des magasins, des comités (lieux de discussion et de décision partagée) sont organisés. Des règles sont à respecter lors des réunions (exemples : un temps de parole équilibré entre les participants ou encore l'utilisation de propos positifs). Juliette Hannick précise : « **Il y a une écoute et une bienveillance. Tout le monde avance vers le même objectif !** ».

La participation des clients

Vous l'aurez compris, la **coopération** est l'un des maîtres mots de Färm. En plus de la participation de ses Färms (collaborateurs), l'enseigne implique ses clients.

Pour la révision de sa Charte Produits, les clients ainsi que les Cofärms (coopérateurs) ont été mis à contribution. Celle-ci est un document important

pour l'enseigne. Il fixe les lignes directrices pour la construction de l'assortiment des magasins. Ainsi, les volontaires ont l'opportunité d'être partie prenante dans le vote des critères du choix des fournisseurs ou des produits. Selon Juliette Hannick, ces échanges révèlent la vision client et offrent la possibilité de confronter les idées de l'enseigne au consommateur.

Les coopérateurs sont également conviés à l'Assemblée Générale. Leur participation stimule les équipes de Färm et donne souvent lieu au développement de nouvelles initiatives. À titre d'exemple, en 2019, les Cofärms ont mis en avant la présence trop importante d'emballages pour certains types d'aliments.

La coopération et la participation font donc partie de l'ADN de Färm. Cette culture organisationnelle répond aux valeurs de bien-être au travail, de joie de vivre et offre une opportunité aux clients de s'impliquer.

Färm est un réseau coopératif de magasins rassemblant près de 150 employés. Quatorze établissements sont ouverts en Belgique. L'objectif est de sensibiliser à la consommation responsable et de soutenir les producteurs indépendants.

www.farm.coop

BIENTÔT UN COMITÉ DE PATIENTS CHEZ VOUS ? VOICI QUELQUES CONSEILS...

Convaincu de la nécessité de rendre le patient plus participatif dans l'ensemble du système de santé, le Département des Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège (ULiège) coordonne un projet Interreg de recherche exploratoire. Celui-ci porte sur la définition et la mise en œuvre de l'approche Patient Partenaire de Soins dans la Grande Région (Wallonie – Grand-Duché du Luxembourg – Lorraine – Rhénanie-Palatinat et Sarre). Le patient partenaire peut se décliner à différents niveaux et de multiples façons. L'une d'entre elles est l'implication de patients dans la gouvernance des hôpitaux, au moyen, par exemple, de Comités de Patients. Ces dispositifs particuliers visant à impliquer collectivement des patients dans l'hôpital se développent depuis quelques années sur notre territoire. L'intérêt partagé pour cette thématique par l'équipe de l'ULiège et par la PAQS les a naturellement menées à collaborer sur le sujet.



Pour plus d'informations
sur le projet Interreg :
www.patientpartner.org

À deux reprises, au printemps et à l'automne 2019, la PAQS et l'ULiège invitaient les Comités de Patients hospitaliers à se réunir pour une matinée d'échanges et de rencontres autour de ce qui les rassemble : l'aventure de la mise en œuvre d'un Comité de Patients au sein de leur institution. Sept institutions hospitalières wallonnes, souvent représentées par un duo patient-professionnel, ont répondu favorablement à l'invitation lancée ! Une opportunité unique pour ces personnes de se rencontrer ; l'occasion pour

chacun de découvrir la diversité des pratiques qui anime une volonté pourtant commune : impliquer les patients dans l'amélioration continue de l'hôpital.

Suite à ces rencontres, nous recensons l'existence d'une petite dizaine de Comités de Patients en Belgique francophone. À l'exception d'un des comités, créé en 2002 dans une institution en santé mentale, les Comités se sont installés au cours des six dernières années, entre 2014 et 2018. Notons que l'avenir est plein de promesses ; en effet, divers contacts révèlent la volonté de plusieurs hôpitaux d'installer un Comité dans un futur proche.

Ces Comités, souvent dotés de quelques missions assignées par l'hôpital à leur création, relatent une croissance importante du nombre de sollicitations dont ils font l'objet au cours des mois et années d'existence. Cela marque, sans aucun doute, la plus-value dont ils sont porteurs une fois leur envol pris.



Ces rencontres ont permis d'esquisser quelques (quasi) **invariants** et **conseils** à la mise en œuvre de ces Comités, que nous souhaitons vous partager ici.

Quant à la composition de ces Comités d'abord, nous constatons que, à l'exception d'un cas où deux patients travaillent au côté de trois ou quatre professionnels, les Comités sont **composés d'une majorité de patients** et ce, en nombre relativement important (six à quinze patients). La représentation, minoritaire, du personnel hospitalier varie de une à cinq personnes. Les acteurs de nos rencontres dégagent difficilement un nombre idéal de membres à inclure. Cependant, les participants à la seconde rencontre ont pu se mettre d'accord sur un principe : **les patients doivent être plus nombreux que les professionnels**. Surtout, et pour nuancer cette affirmation, les institutions estiment que le nombre de participants doit, forcément, être **adapté aux objectifs du Comité, à sa charge de travail, et à sa façon de fonctionner**. En outre, il doit être pourvu d'un nombre suffisant de membres pour permettre la continuité de son travail malgré les absences liées aux situations des patients.

Ensuite, les Comités **se rassemblent très régulièrement**, une fois par mois ou une fois tous les deux mois. Cela permet, entre autres, d'entretenir la dynamique initiée au sein **d'un noyau actif et stable de participants**. À l'exception de la santé mentale, les Comités sont formés de participants avec lesquels **une collaboration est formalisée par la signature, l'adhésion, à une charte ou un règlement**.

CONSEILS POUR LA MISE EN PLACE D'UN COMITÉ DE PATIENTS



Enfin, la **procédure de recrutement** occupe une place majeure dans la constitution des Comités. En effet, une attention particulière est apportée tout au long du processus à ce que **les candidats puissent répondre aux attentes du Comité, et que le Comité puisse également leur fournir le lieu d'engagement qu'ils attendent**.

Si ces Comités de Patients n'ont pas le monopole de l'implication des usagers dans l'hôpital, gageons que c'est un Cheval de Troie de la participation patiente qu'il nous revient à toutes et tous de mobiliser pour favoriser une culture partenariale dans nos institutions hospitalières !

L'initiative vous intéresse ? Contactez Laure ISTAS, Quality & Safety officer, pour plus d'informations : laure.istas@paqs.be

FÄRM, EEN PARTICIPATIEF BESTUURSMODEL

Samen staan we sterker! is één van de fundamentele waarden van Färm. Deze Belgische coöperatieve hanteert een participatief bestuursmodel. Onder het motto *twee weten en kunnen meer dan één* betreft ze al haar stakeholders bij haar besluitvoering. Het model wordt tot in de hoogste rangen toegepast, ook in de Raad van Bestuur. De klanten en coöperanten worden eveneens bij bepaalde processen betrokken. Zo hebben ze bijvoorbeeld een bijdrage geleverd aan de herziening van het Producthandvest van het merk. Dit document bevat de richtsnoeren voor de opbouw van het assortiment in de winkels. Die uitwisselingen maken de klantvisie duidelijk en bieden de mogelijkheid om de ideeën van het merk op de consument uit te proberen.

BINNENKORT OOK EEN PATIËNTENCOMITÉ IN UW ZIEKENHUIS? DAN HEBBEN WE HIER ENKELE TIPS VOOR U...

Het concept van patiënten als partners kan op verschillende niveaus en verschillende manieren gestalte krijgen. Eén mogelijkheid is om de patiënten bij het bestuur van de ziekenhuizen te betrekken, bijvoorbeeld door middel van Patiëntencomités. Deze mechanismen, bedoeld om ziekenhuispatiënten als groep te laten participeren in hun instelling, steken de laatste jaren overal in ons land de kop op. De ULiège en het PAQS zetten zich gezamenlijk voor dit thema in. In 2019 brachten ze tot tweemaal toe zeven Waalse ziekenhuisinstellingen rond de tafel hun ervaring met een Patiëntencomité. Tijdens die ontmoetingen konden enkele (nagenoeg) universele aspecten worden geïdentificeerd en werd advies verstrekt over de samenstelling, de werking van een Patiëntencomité en hoe patiënten identificeren en aanwerven.

EEN PROACTIEVE EN GEËNGAGEERDE BEWONERSRAAD: EN NOG VEEL MEER

In het woonzorgcentrum le Chalon staat het streven naar excellentie en naar een institutioneel levensproject, om het leven van de bewoners en het werk van het personeel zin te geven, voorop. Er bestaat oprecht een wens om de bewoners bij het dagelijks leven in het huis te betrekken, en zonder het enthousiasme en het engagement van de managers en hun teams zou dat onmogelijk zijn. Aan de hand van enkele interdisciplinaire, gevarieerde initiatieven probeert le Chalon elke bewoner - met oog voor zijn eigen capaciteiten - te helpen het dagelijkse leven van het zorgcentrum mee te definiëren. Een actieve bewonersraad, gesprekstafels, enquêtes, ideeënbussen, praktische workshops, evaluaties door de bewoners, ondersteunende acties enz. zijn slechts enkele initiatieven die worden ingezet om de wat meer gereserveerde bewoners over de streep te trekken en tegelijk de anderen enthousiast te houden. Alleen zo kan de actieve betrokkenheid van elke bewoner worden gegarandeerd!

ONDERVOEDING IN HET ZIEKENHUIS, EEN ONDERSCHAT RISICO

Een vrouw van 52, lijdend aan een bipolaire stoornis en een alcoholverslaving, wordt in het ziekenhuis opgenomen vanwege een aspiratiepneumonie met een pleuraal empyeem en een stollingsstoornis. Tien dagen na haar hospitalisatie ondergaat de patiënte een borstkasoperatie voor een decorticatie van de pleura. Gedurende vier dagen na de operatie krijgt de patiënte geen enkel dieet voorgeschreven. Al wat ze krijgt, is een onderhoudsinfuus. Na vijf dagen begint de patiënte te klagen over honger en pas dan realiseert het team zich dat ze al die tijd niets te eten heeft gehad. Ondervoeding is een veelvoorkomend probleem bij ziekenhuispatiënten, maar helaas wordt het nog te vaak verkeerd gediagnosticeerd en onderschat. Om de zaak aan te kaarten zijn in de literatuur al meerdere oplossingen voorgesteld.

ONTSLAG TEGEN MEDISCH ADVIES: EEN KWESTIE VAN ZORGKwaliteit?

Met de uitdrukking *ontslag tegen medisch advies* (OTMA) bedoelen we dat een patiënt het ziekenhuis zonder instemming van het medisch team verlaat. Gemiddeld 1 of 2% van de patiënten beëindigt hun ziekenhuisopname tegen het advies van hun medisch team. Volgens de auteurs van dit artikel gaat de literatuur er traditioneel van uit dat het bij OTMA om een vrijwillige handeling of een afwijkend gedrag van de patiënt gaat. De verantwoordelijkheid wordt dus zuiver bij de patiënt gelegd, en maar heel weinig bij de gezondheidssystemen. De auteurs zijn daarentegen van mening dat OTMA eerder moet worden gezien als een lacune in de kwaliteit van de gezondheidssystemen of op zijn minst als een discrepantie tussen de verwachtingen van de patiënt en het gezondheidssysteem. Op basis van de definitie van zorgkwaliteit van het Institute of Medicine leggen de auteurs uit waarom OTMA net wel een kwestie van zorgkwaliteit zijn.

FÄRM, A PARTICIPATORY GOVERNANCE MODEL

Together, we are stronger! is one of Färm's guiding principles. This Belgian cooperative promotes a model of Participatory Governance and has decided to involve all stakeholders in its decision-making, believing that the stakeholder community has more knowledge and skills than any one individual. This model extends to the highest levels of the organisation, including the Board of Directors. Customers and co-operators are also involved in certain processes. For example, they participated in the revision of the brand's Products Charter, which provides guidance on developing the product range available in stores. These interactions help to identify customers' vision of the brand and see how consumers respond to the brand's ideas.

A PATIENT COMMITTEE COMING TO YOUR HOSPITAL SOON? HERE ARE A FEW TIPS...

The idea of patients as partners can take many forms and operate at multiple levels. One of them is involving patients in hospital governance, by means of Patient Committees for example. These are mechanisms specifically designed to involve patients at the organizational level of hospitals and have been springing up in Belgium for a number of years. The ULiège and PAQS are collaborating in this area, and on two occasions in 2019 brought together seven Walloon hospitals to discuss how they implemented their own Patient Committee. These meetings helped identify some of the universal (or common) features and provide advice on setting up such committees, with respect to their composition, the way they operate and the patient recruitment procedure.

A PROACTIVE, ENGAGED RESIDENTS' COUNCIL IS JUST PART OF THE SOLUTION

At the le Chalon long term care facility, the pursuit of excellence and an institutional *life plan* to give meaning to residents' lives and the work of professionals are key. The desire to involve residents in the day-to-day life of the facility is sincere and demands enthusiasm and commitment from managers and their teams. Through a number of varied and interdisciplinary initiatives, le Chalon seeks to empower every older person to help shape daily life while respecting their self-determination. A proactive residents' council, conversation tables, surveys, suggestion boxes, practical workshops, assessments by residents and support measures are just some examples of actions taken to pique the interest of the more reserved residents and buoy the enthusiasm of others. All this in order to ensure that everyone is actively involved and retains a sense of well-being.

MALNUTRITION IN HOSPITALS: AN UNDERESTIMATED RISK

A 52-year-old woman with bipolar disorder and alcohol addiction was hospitalised for aspiration pneumonia with pleural empyema and coagulopathy. Ten days after being admitted, the patient underwent thoracic surgery for pleural decortication. For four days after the intervention, the patient was not prescribed any kind of diet but was simply given a maintenance infusion. On the fifth day, the patient eventually complained of being hungry and it was only then that the team realised she had not received any meals. Malnutrition is very common in hospital patients, but is often misdiagnosed and underestimated. A number of solutions have been proposed in the literature to address this issue.

DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE: A HEALTH SYSTEM QUALITY GAP?

The expression *discharge against medical advice* (DAMA) refers to a patient who leaves the hospital without the consent of the healthcare team. On average, 1 to 2% of patients discharge themselves from hospital against medical advice. According to the authors of this article, the literature typically sees DAMA as a voluntary act or deviant behaviour on the part of the patient, for which they alone are responsible, thereby minimising the responsibility of healthcare systems for the phenomenon. However, the authors believe that DAMA should actually be considered as indicating a shortcoming in the quality of healthcare systems or a mismatch between the expectations of the patient and the healthcare system. Taking as their basis the Institute of Medicine definition of quality of care, the authors explain why DAMA should be viewed as a care quality gap.

UN CONSEIL DES RÉSIDENTS PROACTIF ET DANS L'ACTION : CERTES MAIS PAS QUE ...

Oui, le conseil est le lieu décrit par la législation où « au moins une fois par trimestre, résidents ou leurs représentants et/ou les membres de leur famille donnent, en recevant le soutien du personnel, en présence ou non de la direction, avis et suggestions notamment au sujet du fonctionnement de l'établissement, de l'organisation des services, du projet de vie et des animations » ; c'est le lieu où le registre obligatoire des plaintes doit être présenté. Le Règlement d'Ordre Intérieur (ROI) explique « comment le résident peut participer à la vie notamment dans ce cadre ».

« Participer à la vie » : notre réflexion !

Au terme d'un premier projet d'accompagnement collaboratif avec la PAQS, nous l'exprimons : entraîner un maximum de collègues dans l'amélioration continue est une préoccupation majeure et quotidienne qui, nous l'affirmons, nécessite, au fil des années de fonctionnement institutionnel, un réel soutien aux leaders. Les récentes modifications du décret en vigueur sont un véritable encouragement. Ainsi, « la visée de l'excellence et un projet de vie institutionnel pour préserver un sens à la vie des résidents et un sens au travail des professionnels » constituent le cadre réflexif incontournable des comités de direction, rassemblant l'ensemble des responsables de service depuis 2014.

Notre volonté d'impliquer les aînés dans leur vie quotidienne institutionnalisée est sincère. Pour entraîner un maximum

de personnes, elle nécessite enthousiasme et engagement des responsables avec leurs équipes respectives.

Comme le définit Larousse, **agrémenter**, c'est rendre plus attrayant par des éléments **ajoutés** ! Alors, pour dépasser les limites d'un conseil imposé par **l'agrément**, nous l'avons, si vous permettez le jeu de mots, agrémenté.

Dès lors, au travers de quelques initiatives interdisciplinaires et variées, nous tentons de rendre **acteur chaque aîné** dans le respect de son auto-détermination pour co-construire **le quotidien**. Nous prenons en compte celui qui a peur de parler en public ou qui se sent trop fatigué au jour

et à l'heure dudit conseil, qui ne se sent pas ou peu concerné par le fonctionnement général du Chalon, qui est las ou celui qui malgré l'utilisation d'un micro n'entendra pas...

Organisé **cinq fois** par an, sous l'œil bienveillant de son président élu parmi les résidents tous les deux ans, chaque participant, muni de sa plaquette de vote fabrication maison, exprime de multiples choix : les futures animations trimestrielles, les menus des repas d'anniversaire et des deux réveillons... Le Cantous, unité dédiée aux personnes âgées atteintes de démence sévère, organise deux fois par an son propre conseil. Les locataires de la résidence-services, en plus d'une boîte à suggestions permanente dans leur salle

(...) nous tentons de rendre acteur chaque aîné dans le respect de son auto-détermination pour co-construire le quotidien

LA RÉSIDENCE LE CHALON

La résidence le Chalon à Chimay est une structure mixte du secteur public (Association Intercommunale Génération Thiérache), d'une capacité d'accueil de 100 résidents : 70 places MRS, 21 places MR, 9 places Court Séjour (CS) et un Cantous « Le Myosotis » qui accueille une quinzaine de résidents. Une résidence-services de 15 appartements jouxte la MR/MRS.



commune, bénéficient également de ce temps de rencontre (quatre fois par an). Nous pensons soumettre, à l'ordre du jour du prochain conseil, une boîte à suggestions multicolore qui sera peut-être plus attractive que le registre des plaintes. **Ils en décideront !**

Afin de **susciter l'intérêt des aînés réservés** et de **soutenir le dynamisme d'autres**, nous avons fait du *conseil* le thème trimestriel de la revue interne ainsi que le sujet d'une table de conversation, via les animatrices. Les commentaires, déposés dans cet espace moins formel qu'un conseil, feront l'objet d'un approfondissement. Il est essentiel de leur donner du sens pour garantir dans la réalité institutionnelle quotidienne, l'autonomie et le bien-être optimal de chaque aîné !

C'est précisément, avec cette même intention, que nous proposons, en alternative à ce conseil public, des espaces intermédiaires au caractère plus privé, plus discret :

- **Le binôme** résident/référent soignant ;

- **L'enquête de satisfaction** proposée par la référente accueil animation, en charge par ailleurs de s'assurer, en rencontre individuelle, que chaque personne nouvellement admise a reçu les informations utiles à son intégration, en parcourant avec elle, si elle le souhaite, la brochure d'accueil ;
- Cinq fois par semaine, un **comité de dégustation** : en collaboration avec la diététicienne, un résident volontaire évalue le plat du jour (recueil écrit en vue du suivi) ;
- Une fois par mois, en collaboration avec quatre à cinq résidents, en ce compris les plus dépendants, la diététicienne élabore **les menus**. Chaque semaine, ils sont validés par quelques résidents ;
- Trois fois par an, à la sortie du buffet petit déjeuner, chaque aîné peut librement et sans obstacle **exprimer son avis** (jeton rouge ou vert) ;
- Parce que nous sommes convaincus qu'une chute peut constituer un moment

de rupture pour l'aîné et le désengager de sa vie sociale : une **visite post-chute systématique** du référent-chute et **l'atelier interactif** de la semaine prévention chutes « la chambre de tous les dangers » ;

- Le répertoire de la chorale « la Chalonnaise » composé au fil des saisons par **ses résidents chanteurs**.

Last but not least : c'est avec un groupe restreint de **résidents recrutés** par le président du conseil que nous avons pris le parti en 2018 de co-construire la brochure d'accueil susmentionnée, avant sa nécessaire validation en conseil des résidents ! Nous avons fonctionné en 2019 de la même façon pour l'amendement du projet de vie institutionnel.

DÉNUTRITION EN MILIEU HOSPITALIER, UN RISQUE SOUS-ESTIMÉ

L'HISTOIRE

Une femme de 52 ans, présentant des troubles bipolaires et une addiction à l'alcool, est hospitalisée pour une pneumopathie d'inhalation associée à un empyème pleural et une coagulopathie. Lors de son admission, la patiente était très agitée et confuse (elle pouvait citer son nom mais pas la date du jour ou le lieu où elle se trouvait). Au cours de l'hospitalisation, son état s'est aggravé, la patiente se montrait peu coopérative et présentait toujours une agitation psychomotrice importante avec délire permanent. Les premiers jours, celle-ci refusait

tout type d'apport nutritionnel ainsi que l'administration de médicaments par voie orale. Dix jours après l'admission, elle est soumise à une chirurgie thoracique pour décortication pleurale. Les quatre jours qui suivent l'intervention, aucun type de régime est prescrit pour la patiente et celle-ci reçoit la perfusion de maintenance. Au bout de cinq jours, la patiente finit par manifester sa faim et ce n'est qu'à ce moment que l'équipe réalise qu'elle n'a reçu aucun repas.

Dans le même laps de temps, les médicaments oraux prescrits (médicaments pour l'hypertension et les antibiotiques) n'ont pas été administrés, sous prétexte que la patiente avait refusé de les prendre avant l'intervention. Après évaluation de la situation et constatation que la patiente présentait des troubles de déglutition, une sonde pour la gastrostomie percutanée a été placée afin d'administrer les préparations nutritionnelles et les médicaments.

L'ANALYSE

La dénutrition est très fréquente chez les patients hospitalisés mais souvent mal diagnostiquée et sous-estimée. La prévalence de la dénutrition à l'admission à l'hôpital varie entre 20 et 50% dans les pays européens. Cependant, on estime que seulement 8% de ces patients reçoivent un diagnostic de dénutrition. La dénutrition est souvent considérée comme un problème accessoire ou non prioritaire. Néanmoins, une dénutrition non prise en charge a tendance à s'aggraver au cours de l'hospitalisation et influence défavorablement l'évolution clinique, les coûts globaux et la qualité de vie des patients.

Dans ce cas-ci, le diagnostic d'admission (la pneumopathie d'inhalation) aurait pu suggérer des troubles de déglutition, notamment une dysphagie, et donc le besoin de faire évaluer la patiente par un diététicien dès l'admission. Au vu de l'absence de cette évaluation, un apport insuffisant en énergie et nutriments s'est manifesté sur une période de dix jours, suivi d'une interdiction de toute consommation orale (NPO) forcée et inappropriée (absence de prescription d'un régime adapté au patient). Cette interdiction de toute consommation orale a également empêché l'administration de médicaments pour l'hypertension et les antibiotiques pour la pneumopathie. En effet, pendant les premiers jours d'hospitalisation, la patiente a refusé toute prise orale. Il est important de déterminer si ce refus est un choix conscient ou un symptôme/conséquence de sa pathologie (exemples : dysphagie, peur de s'étouffer, etc.).

Le jeûne préopératoire a pour objectif d'assurer une vidange gastrique complète et de diminuer les complications pendant l'intervention chirurgicale. Cependant, on estime que les indications de NPO sont souvent surestimées, menant à des carences nutritionnelles pour les patients. Des études récentes estiment qu'un quart des indications de NPO sont évitables et que la plupart sont prolongées plus longtemps que nécessaire. Une autre étude a montré que 43% des pratiques de jeûne en milieu hospitalier étaient évitables. Les raisons comprennent le manque de connaissances des médecins concernant les lignes directrices du jeûne, la surestimation du risque d'aspiration pulmonaire, l'adhésion à des pratiques non basées sur des preuves, des restrictions d'horaire au niveau de l'organisation, etc. Les risques et les avantages d'une indication de jeûne doivent être pesés en tenant compte de l'état nutritionnel et du risque de dénutrition de chaque patient.

La prise en charge de la dénutrition commence par son diagnostic, sur base des antécédents médicaux et du diagnostic d'admission. Si le risque de dénutrition est présent, il est important de faire appel à un diététicien dès l'admission. L'évaluation du stade de dénutrition ainsi que l'intervention nutritionnelle recommandée par le diététicien doivent être communiquées au médecin. De plus, ce risque doit être documenté dans le dossier médical du patient. Des études rétrospectives suggèrent que le risque n'est pas documenté dans le dossier médical dans 50% des cas de patients souffrant de dénutrition.

Certaines études ont également montré que la mise en place d'équipes multidisciplinaires, composées de médecins, d'infirmiers, de pharmaciens, de nutritionnistes et de diététiciens, a permis d'améliorer significativement l'état nutritionnel des patients hospitalisés.

Pour en savoir plus :

Konturek PC, Herrmann HJ, Schink K, Neurath MF, Zopf Y. Malnutrition in hospitals: it was, is now, and must not remain a problem! *Med Sci Monit.* 2015;21:2969-2975.
Kirkland LL, Shaughnessy E. Recognition and prevention of nosocomial malnutrition: a review and a call to action! *Am J Med.* 2017;1345-1350
Braunschweig C, Gomez S, Sheean PM. Impact of declines in nutritional status on outcomes in adult patients hospitalized for more than 7 days.
Sorita A, Thongprayoon C, Ahmed A, Bates RE, Ratelle JT, Rieck KM, et al. Frequency and appropriateness of fasting orders in the hospital. *Mayo Clin Proc.* 2015;90:1225-1232.
Sorita A, Thongprayoon C, Ratelle JT, Bates RE, Rieck KM, Devalapalli AP, et al. Characteristics and outcomes of fasting orders among medical inpatients. *J Hosp Med.* 2017;12:36-39.
Corkins MR, Guenter P, DiMaria-Ghalili RA, Jensen GL, Malone A, Miller S, et al. Malnutrition diagnoses in hospitalized patients: United States, 2010. *J Parenter Enteral Nutr.* 2014;38:186-195
Kennedy JF, Nightingale JM. Cost savings of an adult hospital nutrition support team. *Nutrition.* 2005;21:1127-1133.
Shin BC, Chun IA, Ryu SY, Oh JE, Choi PK, Kang HG. Association between indication for therapy by nutrition support team and nutritional status. *Medicine (Baltimore).* 2018;97:e13932.

Rédigé par :
Ana van Innis, Quality & Safety Officer - PAQS

VEILLE DOCUMENTAIRE

Des articles qui inspirent

LA SORTIE CONTRE L'AVIS MÉDICAL : UN PROBLÈME DE QUALITÉ DE SOINS ?

L'expression *sortie contre l'avis médical* (SCAM) désigne un patient qui quitte l'hôpital sans l'accord de l'équipe soignante. En moyenne, 1 à 2% des patients sortent de l'hôpital contre l'avis médical. La plupart des études réalisées sur ce sujet se sont plutôt concentrées sur les caractéristiques communes des patients qui quittent l'hôpital contre l'avis du médecin, notamment, les facteurs socio-économiques, les comportements abusifs (exemples : tabac, alcool, drogues) et la présence de certaines comorbidités (troubles psychiatriques, VIH). Cependant, le nombre d'études qui évaluent le rôle et la responsabilité des institutions de soins et de leurs professionnels envers les SCAM est considérablement inférieur.

La littérature suggère que la SCAM est plutôt un acte volontaire ou un comportement déviant du patient, exclusivement de sa responsabilité. D'après les auteurs, les SCAM devraient être considérées comme étant une lacune au niveau de la qualité des systèmes de santé ou une incompatibilité entre les attentes du patient et du système de santé.

Selon l'Institute of Medicine (IOM),

les soins de qualité englobent six dimensions : sécuritaires, efficaces, centrés sur les patients, opportuns, efficaces et équitables. À travers cette définition, les auteurs expliquent pourquoi les SCAM doivent être considérées comme un problème de qualité de soins :

- La SCAM a une répercussion négative sur les résultats de santé du patient. Plusieurs études ont montré que les patients qui quittent l'hôpital contre l'avis du médecin ont un risque de réadmission de 20 à 40% plus élevé que les patients dont la sortie avait été autorisée par le médecin. Les réadmissions sont souvent associées au même diagnostic, cependant, dans la majorité des cas les patients présentent un état clinique aggravé, nécessitant une surveillance accrue et plus de soins. Parallèlement, le risque de mortalité à 30 jours pour ces patients augmente, en moyenne, de 10%.
- La SCAM est associée à des soins inefficaces. Une grande majorité des patients qui quittent l'hôpital contre l'avis médical sont insatisfaits des soins prestés. Cette insatisfaction peut être liée à des temps d'attente trop élevés, une demande trop importante d'examen, des

problèmes relationnels avec les professionnels de soins ou des défauts de communication. La SCAM peut donc être vue comme une prise en charge de soins inadéquate, avec une sous-utilisation ou une utilisation excédentaire de ressources, ou tout simplement comme un problème relationnel entre le patient et les professionnels de soins.

- La SCAM est associée à des soins qui ne sont pas centrés sur le patient. Le processus de SCAM en lui-même laisse peu de place à la prise de décision partagée entre le patient et le professionnel de santé, ne permettant pas d'offrir des soins correspondant au mieux aux préférences, aux attentes et aux valeurs du patient. Par exemple, si le patient souhaite quitter l'hôpital pour des engagements familiaux ou professionnels, l'équipe médicale devrait s'orienter vers une approche qui fournit les meilleurs soins de santé pour le patient, tout en tenant compte de son contexte de vie. En effet, une étude menée aux États-Unis a vérifié que les taux de SCAM étaient moins élevés pour les hôpitaux ayant de meilleurs résultats relatifs à l'expérience



vécue par les patients, notamment la communication avec le personnel infirmier, la réactivité du personnel, la propreté, la gestion de la douleur et la communication à propos des médicaments. D'un autre côté, une autre étude a aussi démontré que les patients souffrant d'une addiction (exemple : toxicomanes) étaient plus souvent stigmatisés par les professionnels de soins, les rendant plus vulnérables à la SCAM.

- La SCAM ne permet pas de fournir les soins en temps opportun. Les patients qui quittent l'hôpital contre l'avis du médecin ne reçoivent pas, dans la majorité des cas, ni le plan de sortie et de suivi, ni les prescriptions nécessaires. Par ailleurs, plusieurs études montrent que la documentation clinique des patients ayant quitté l'hôpital contre l'avis du médecin est souvent incohérente et incomplète. Ces phénomènes sont probablement dus à une combinaison entre l'incompréhension des professionnels de soins concernant leurs obligations professionnelles et éthiques envers une SCAM ainsi que les conditions cliniques plutôt chaotiques au moment où les SCAM se produisent.
- La SCAM génère des inefficacités et des gaspillages pour les systèmes de soins. On estime que les coûts

cumulés d'une réadmission sont 56% plus élevés qu'une hospitalisation normale, étant donné que les temps de séjours pour ce type d'admission sont beaucoup plus longs.

- La SCAM révèle des iniquités dans la prestation de soins. Le risque de sortie contre l'avis du médecin ainsi que ses conséquences se distribuent de façon disproportionnée dans la population. Les sans-abri, les porteurs du VIH, les personnes souffrant de troubles mentaux et les toxicomanes sont les populations les plus vulnérables. De même, les patients affichant des antécédents de SCAM sont plus à risque de se retrouver dans la même situation. Ces inégalités sont principalement dues à une vulnérabilité sociale de ces groupes de patients, plutôt que la conséquence des caractéristiques ou des comportements individuels prédisposant à quitter l'hôpital contre l'avis du médecin.

La SCAM est un enjeu complexe lié à de nombreux facteurs, corrélés aux patients, aux professionnels de soins et aux systèmes de santé. Les auteurs estiment que pour faire face aux SCAM, les institutions doivent mettre en place un modèle partagé des responsabilités et créer un système d'apprentissage comme pour les événements indésirables. Chaque

sortie prématurée doit être documentée et analysée de façon systémique afin de rechercher les failles au niveau de la structure et des processus qui ont mené à cet événement. De la même façon que l'analyse des événements indésirables, l'objectif n'est pas de trouver le coupable, mais de comprendre et corriger les défaillances au niveau du système. Même si la SCAM semble inévitable, l'équipe soignante doit mettre en place des mesures pour atténuer les conséquences de cette sortie prématurée. De plus, en cette ère des soins centrés sur le patient, où l'expérience et le feedback des patients sont considérés comme une des priorités institutionnelles, les SCAM sont l'occasion de comprendre quels sont les facteurs du système de soins qui ont contribué directement ou indirectement à l'insatisfaction des patients. Les institutions doivent essayer de répondre aux attentes des patients, prendre en compte leurs préoccupations et mettre en place un modèle de décision médicale partagée entre le patient et les professionnels de soins. Les auteurs concluent qu'il est urgent de reconnaître les SCAM comme un problème de qualité ayant de graves répercussions pour les patients et les systèmes de santé, et que celles-ci doivent être corrigées comme tout problème de qualité.

Rédigé par :
Ana van Innis, Quality & Safety Officer - PAQS

Pour en savoir plus : Ambasta A, Santana M, Ghali WA, Tang K. Discharge against medical advice: 'deviant' behaviour or a health system quality gap? BMJ Qual Saf. 2019.

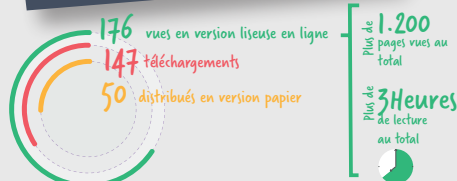
Pour plus d'articles, rendez-vous sur
paqs.be/Ressources/Revue-de-la-litterature

IMPACT



all teach,
all learn

Magazine #11 de la PAQS
septembre 2019



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

Contactez Audrey Mattelet !
audrey.mattelet@paqs.be

Quelle est la prochaine thématique que vous souhaitez voir dans le magazine ?

Dites le nous !



#allteachalllearn