

« Résultats d'une « vague » de transformation « Lean » dans deux unités de soin au sein d'un hôpital académique »



Marianne Philippe MD, PhD
Directrice ACEO - Amélioration Continue et Excellence Opérationnelle
Cliniques Universitaires Saint-Luc



Cliniques universitaires
SAINT-LUC
UCL BRUXELLES

Qui sommes - nous ?



5000 Collaborateurs
1000 Lits
500.000 Consultations
23 Salles d'opération
~7.5 millions Analyses biologie clinique



Agenda

- Contexte, 2006 à 2012
- Le pilote Lean en 2012
- Le département stratégie et développement en 2013

Contexte

2006 - 2012

Stratégie de Contamination par la base

- **Equipe** : E.Raymakers & M.Philippe
- **Micro- Projets** décentralisés
- **Formation** : 2 BB, 3 GB, 1 YB + sensibilisation
- **Communication** : BIC, Intranet, Publications,...
- **Réseau** : interne : Midis P-LSS, référents externe: publications, Colloques, congrès

2012

Structurer & Consolider

- **Création Equipe P-LSS** volontaire
- **Intégration P-LSS** au Plan stratégique (gestion projets centralisée)
- **Choix d'un Projet Pilote Transversal dans une Unité Opérationnelle**
 - Accompagnement Mc Kinsey
 - Lien équipe P-LSS
- **Réalisation du Pilote & Communication**

2013

Stratégie d'expansion

- **Equipe** : ACEO
- **Coordination Projets d'amélioration**
- **Plan de formation institutionnel Lean** (Direction, Cadres, Middle & Lower mgt)

70 % : Amélioration via micro-projets
30 % : Transformation via macro-projets

2 Axes
Résolution de problèmes
Standardiser Processus



4

Le pilote « LEAN »

➔ 2 unités de soins : neurologie et neurochirurgie

➔ *10 semaines*



OBJECTIFS DU LEAN DANS LES US

1

Développement de la qualité des soins et services aux patients

2

Amélioration des conditions de travail pour le personnel

3

Identification et réduction des irritants du quotidien pour permettre à chaque métier de se recentrer sur son activité



→ 4 axes d'actions



Principaux déivrables

- Standardisation du processus de communication de la sortie
- Zone de « transit »

Gestion des lits et amélioration de la sortie

Efficiencie

- Irritants, gaspillages, 5S

Parcours patient

Gestion de performance

- Trajet AVC → prise ne charge de la phase aigè

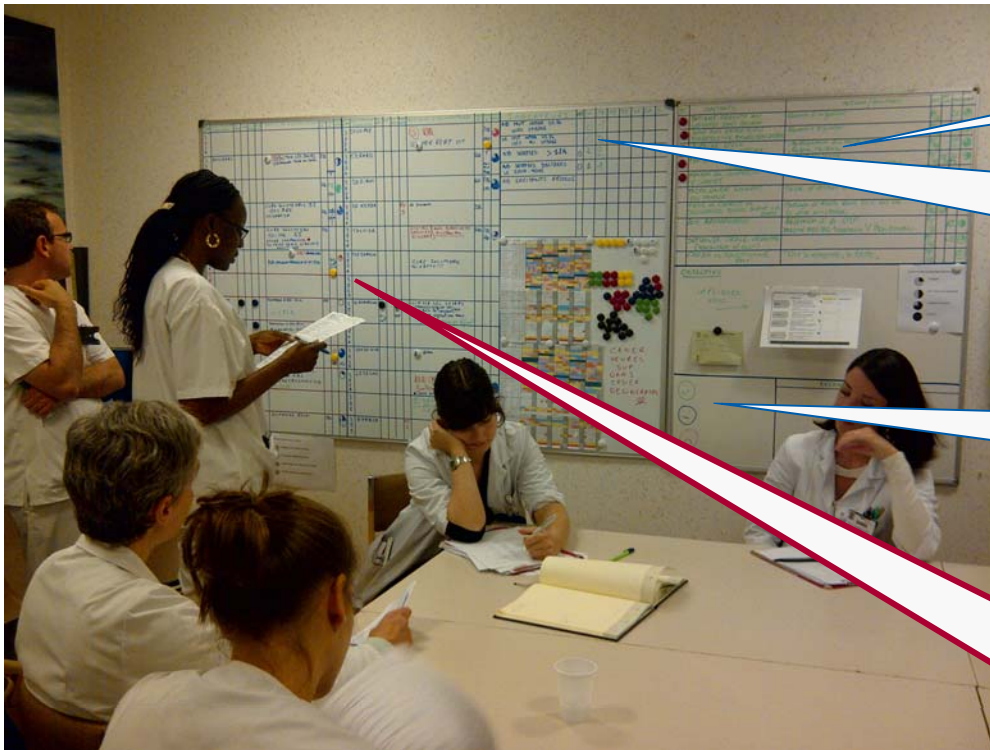
- Tableau de bord synoptique
- Réunion « intermétier »
- Réunion résolution de problème



Performance



→ un tableau de bord synoptique «intermédier» parcouru chaque matin



Listing des irritants

- Chaque métier liste ses irritants et les résout au fur et à mesure

Indicateurs

- les indicateurs sont mis à jour quotidiennement et discutés durant les staffs afin d'identifier les causes

Moral d'équipe

- Durant le staff infirmier, chaque personne partage son moral

Activité des lits

- Durant chaque staff intermédier, le tableau est mis à jour avec les informations importantes pour chaque patient
- la sortie est discutée dès l'admission du patient



Performance



De nombreux indicateurs sont existants mais peu adaptés et peu discutés avec le personnel de terrain

Indicateurs opérationnels « SMART »

INDICATEURS <small>Numéro</small>	OBT	LU	MA	ME	JE	SA	DI
Nombre de sortie après 12H (cxiui)	○	3	0	3			
Papiers sortie PAS prêts la veille (inf du matin)	○	3	0	3			
Nombre de questions inf. / 07 (inf)	○	0	0	2			
retour patients sortis sans demande d'examens (cxiui)	○	0	1	0			
nombre de jours de délai / sortie médicale (nomme) autorisée (Cdt - cxiui)	○	9	12	15	18		

29 A - 1511 →
 29 B - 1811 →
 31 A - 1511 →

Nombre de sortie après 12h :

- Famille non disponible malgré le l'info de sortie partagée le jour de l'entrée
- Sortie à 22h30 de la propre initiative du patient sans avis médical
- Pas d'heure de sortie prévue. Délais lié à un paramétrage boitier.

Papiers de sortie pas prêts la veille :

- Papier de sortie déposé au matin mais pas fait la veille
- Lié au départ impromptu du patient

Retour patients sortis sans demande d'examens :

- Bon d'examen non fait

Nombre total de jours écoulés à partir de la décision médicale de sortie :

- 3 patients en attente d'aval
- Pas de retour sur les demandes envoyées aux institutions localisés près du domicile du patient



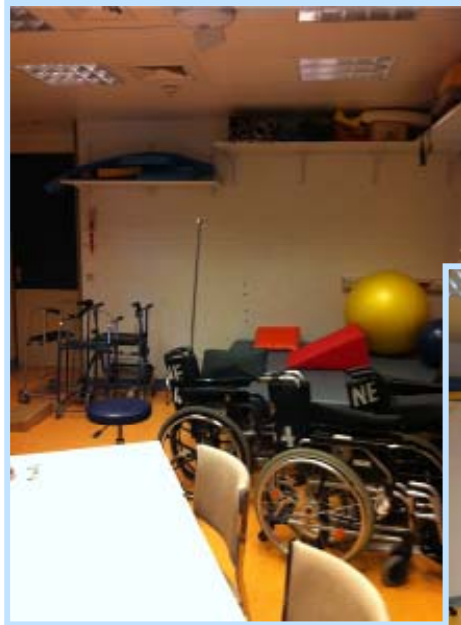
SOURCE : Equipe projet

Efficiency



Optimisation du lieu de travail 5S → 5 m³ d'encombrant éliminés

Unité 34



Avant



Après

Unité 72



Avant



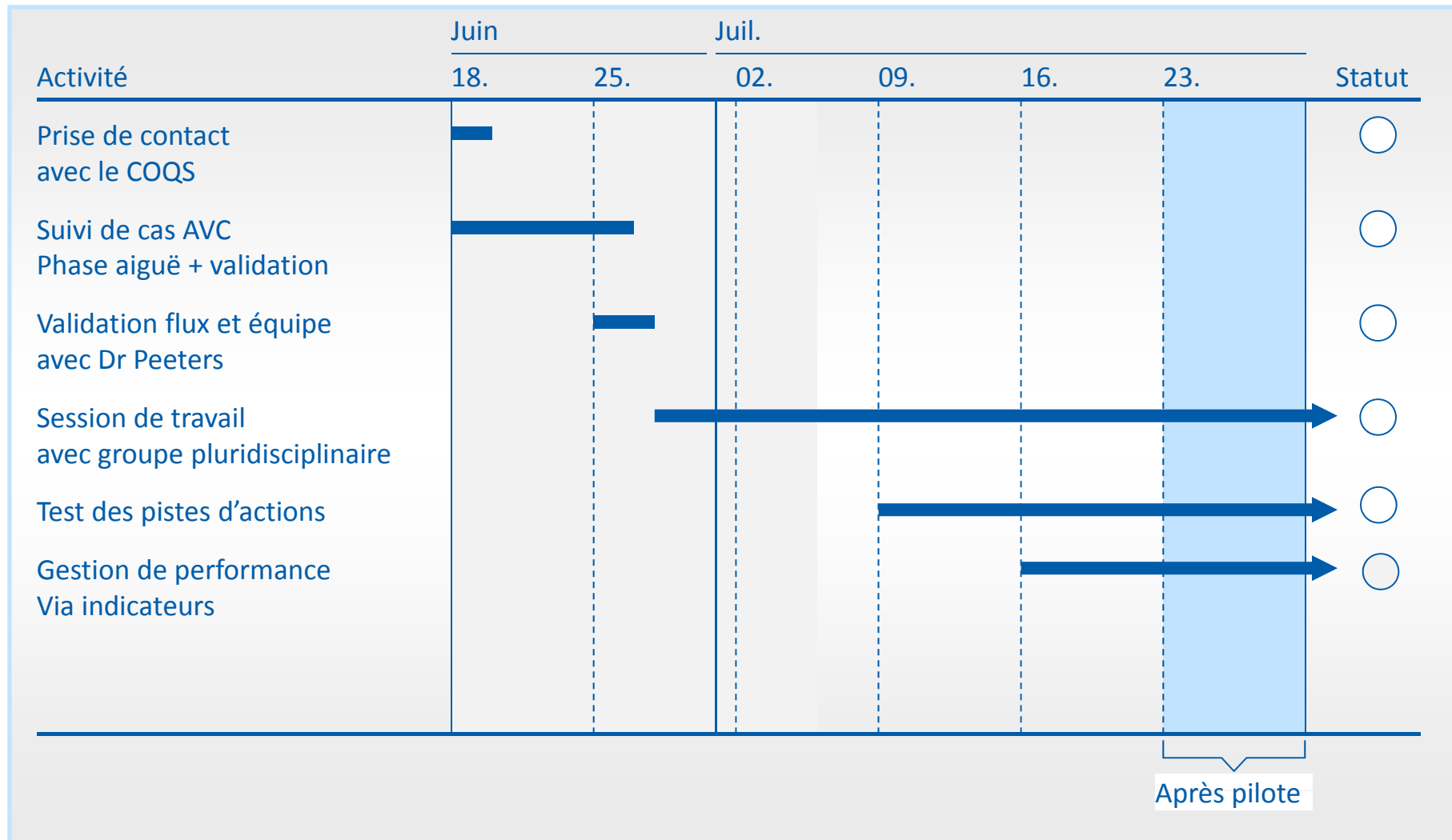
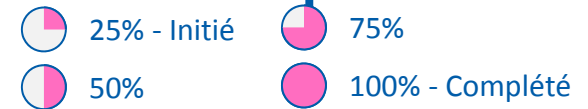
Après

Une place pour chaque chose et chaque chose à sa place



Parcours patient - Plan d'action pour la phase de mise en place

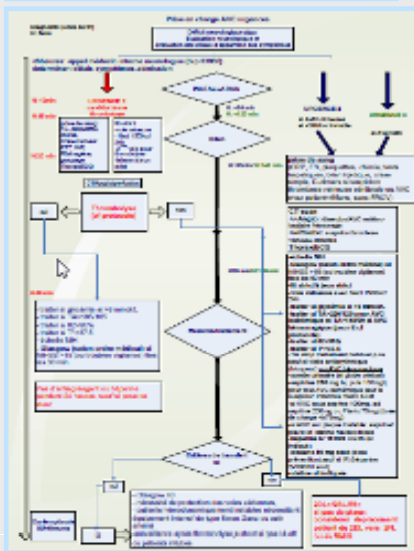
Fin Vision



Le trajet patient se focalisera sur quelques livrables d'un itinéraire de soins afin de fluidifier la prise en charge du patient

Itinéraires de soins :

- flux patient
- algorithmes de soins
- protocole de soins pluridisciplinaire
- rôles et responsabilités
- indicateurs



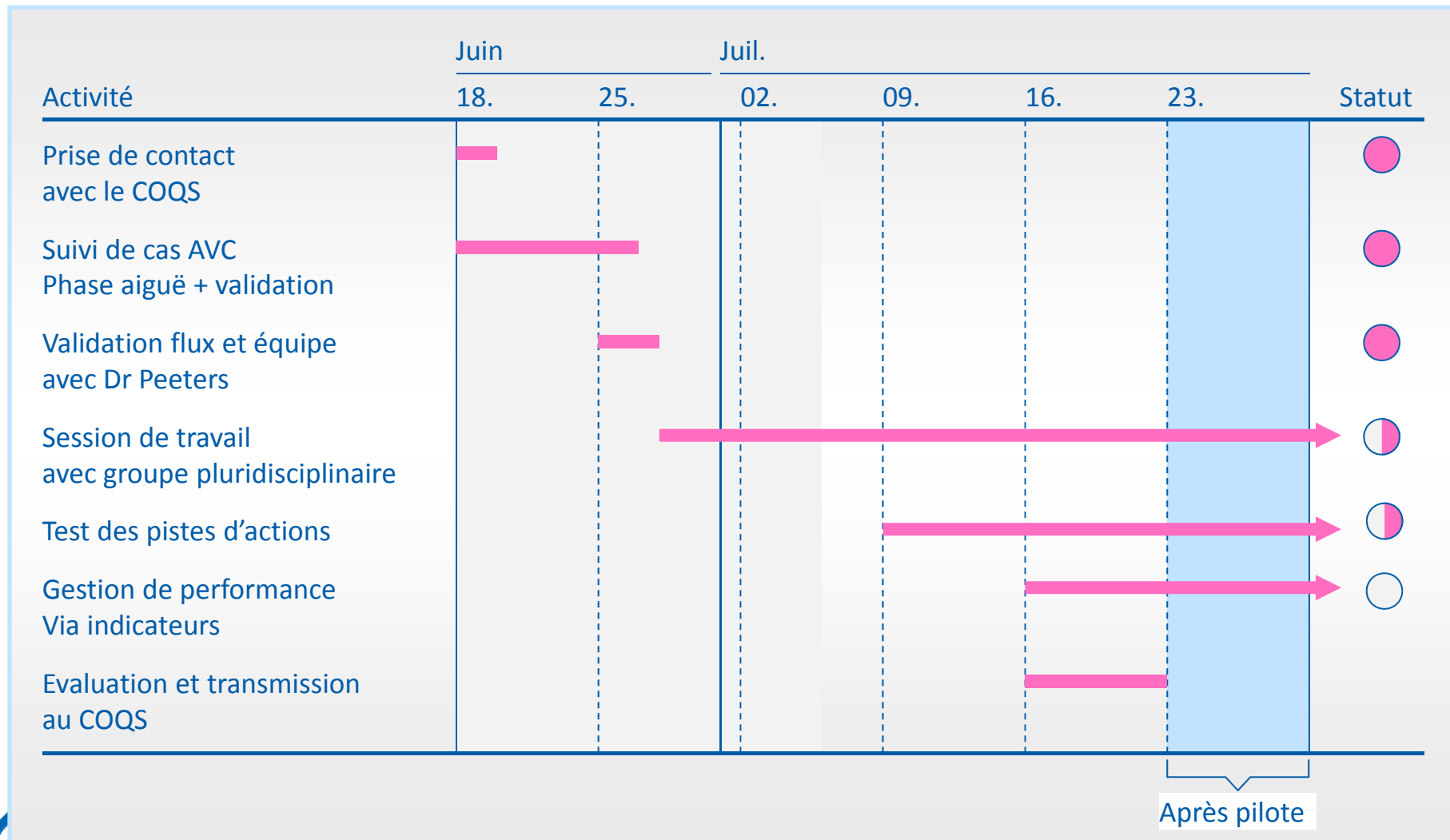
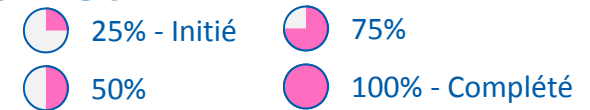
Ce qui sera fait dans le cadre du pilote LEAN :

- Description du trajet patient actuel
- Identifier les pistes d'améliorations
- Validation par un groupe pluridisciplinaire
- Création d'une feuille de suivi
- Initier les premiers indicateurs

Ce qui ne sera pas fait dans le cadre du pilote Lean :

- Protocole de soins pluridisciplinaires
- Algorithme de prise en charge

Parcours patient - Bilan mise en place → 12 juillet



SOURCE: Equipe projet

Composition du groupe multidisciplinaire (trajet patient AVC)

→ 3/7 : 11 participants /14

→ 12/7 : 10 participants /14

Animateur:
Chef Projet
'Pilote Lean'
(médecin) r

Médecins

Rôle dans le groupe

- Médecin SMUR -Urgentiste – Permanent
- Neurologue aux Urgences
- Intensiviste
- Radiologue
- Biologiste
- Spécialistes médicaux (cardio., ...)

Soignants

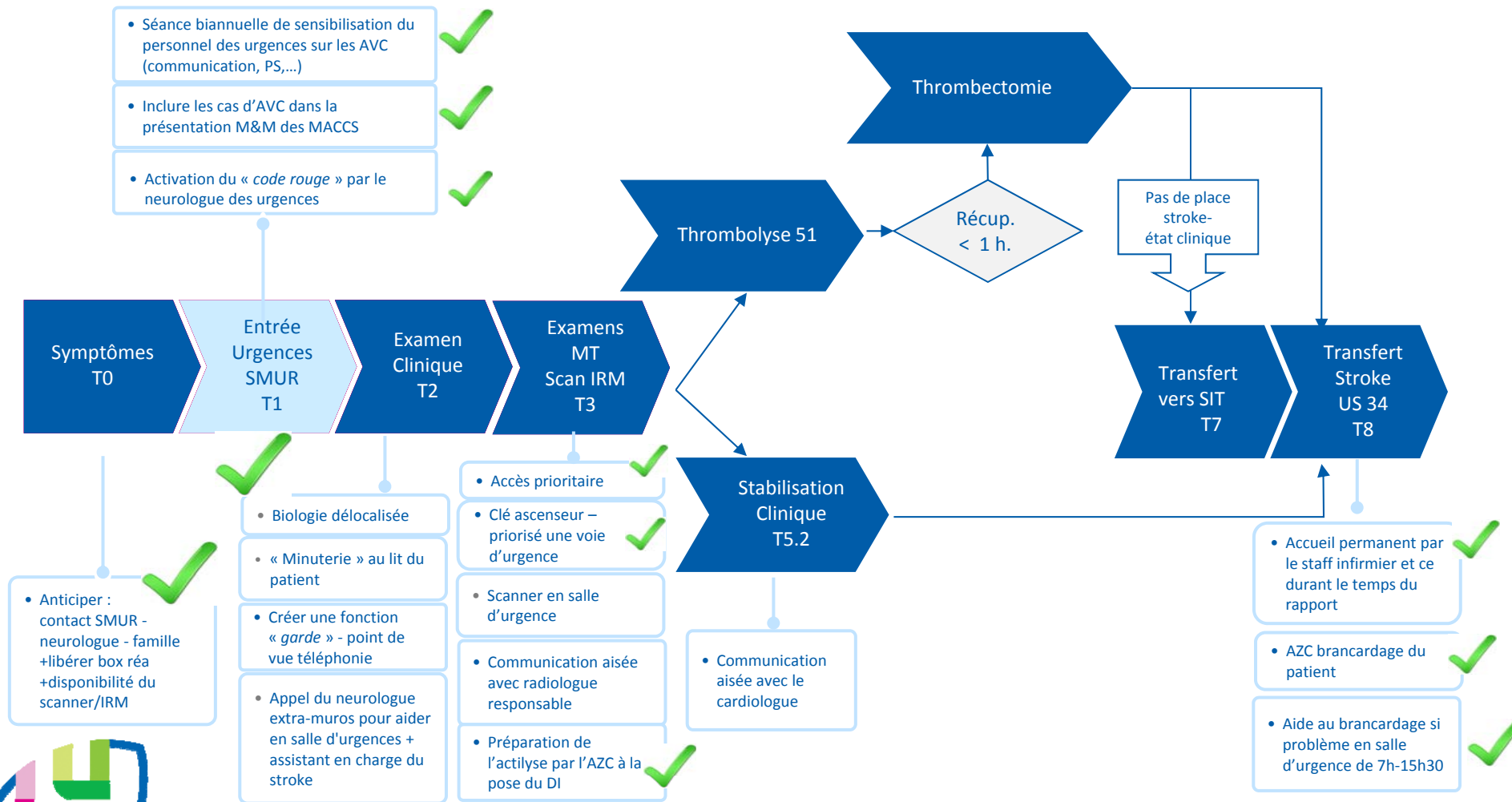
- Personnel soignant :
Infirmier Chef Urgences + S.I. + Stroke
+ infirmiers principaux
- CID Médecine Aigüe – Filière neuro

Logistique

- Responsables Brancardiers
- Référent institutionnel itinéraires de soins



Pistes d'améliorations permettant de fluidifier le processus de prise en charge du patient en phase aigue



La sortie du patient est systématiquement abordée lors du staff intermétier, ce qui diminue considérablement les pertes de temps pour le personnel

Objectifs

- Anticiper la sortie en intermétier, vis-à-vis du patient et de sa famille
- Fluidifier le flux patient dans et en dehors de l'unité de soins

Principales améliorations

- Lors du staff intermétier, la sortie de chaque patient est systématiquement discutée
- Les étapes de décision de sortie sont actées visuellement
- Les rôles et responsabilités dans la communication des sorties aux patients et aux familles ont été clarifiés
- Une check-list de sortie est définie pour l'U72
- La dynamique de faire sortir le patient avant midi a été initiée

Points d'attention

- Assurer la communication sur le nombre de places de rééducations disponibles
- Finaliser les supports de communication au patient
- Initier la réflexion sur la zone de transit au sein ou à l'extérieur de l'unité de soin
- Institutionnaliser la communication autour de la sortie

Impact attendu

- Éviter les pertes de temps pour le personnel
- Augmenter la satisfaction du patient
- Libérer de la capacité pour accueillir de nouveaux patients → **La majorité des sorties doit se faire avant midi**



La satisfaction du personnel après le pilote a également évolué positivement

- •S'est dégradé(e)
- •Pas de changement
- •S'est amélioré(e)
- •S'est fortement amélioré(e)

- UNITE de neurologie

Feedback des participants (11) , %



Quelques commentaires :

« Personne n'a été mise de côté, les résultats se ressentent rapidement »

« Le planning des réunions devrait être constitué assez tôt »

« La réunion avec les médecins nous permet d'avoir une réponse directe à nos questions et des solutions plus rapides aux problèmes »

Le taux de satisfaction du patient vis-à-vis de l'unité neurologie a lui aussi augmenté

■ Premier semestre
 ■ Deuxième semestre

Indice de satisfaction globale du séjour



US 34	2011		2012		significative (p<0,05)
	1er	2ème	1er	2ème	
Le séjour dans l'unité de soins					
Information sur les aspects pratiques du séjour	8,2	7,0	7,7	9,0	↗
Réponses aux questions	8,2	7,3	7,6	9,1	↗
Organisation du 1er jour correcte	8,6	7,7	7,9	9,3	↗
Informations examens et/ou intervention	8,3	7,4	7,6	9,0	↗
Examens réalisés au moment prévu	7,6	7,8	7,4	8,7	↗
Raisons de l'attente	7,4	nn	6,8	8,6	↗
Encouragement à exprimer la douleur	8,8	nn	8,0	9,0	↗
Questionnement sur la douleur	8,0	8,8	7,7	9,3	↗
Soulagement de la douleur	8,7	nn	7,7	9,0	↗
Rapidité de réaction en cas de problème médical	8,1	nn	7,8	9,5	↗
Information cohérente entre soignants	8,9	8,9	7,6	9,2	↗
Satisfaction du séjour dans l'unité de soins	9,0	8,5	7,9	9,6	↗
Les soins médicaux					
Ecoute des médecins	8,3	9,1	8,3	9,4	↗
Information claire des médecins	9,1	9,1	8,4	9,0	↗
Qualité des soins médicaux	8,6	8,9	8,6	9,6	↗
Disponibilité des médecins	8,6	7,9	7,6	8,1	↗
Les soins infirmiers					
Ecoute des infirmières	8,1	8,7	8,1	9,6	↗
Information claire des infirmières	8,3	8,1	7,8	9,2	↗
Qualité des soins infirmiers	9,0	8,9	8,4	9,5	↗
Disponibilité des infirmières	8,6	8,0	8,1	9,3	↗

Grâce aux efforts fournis par tous, la satisfaction du patient a augmenté de manière significative sur presque toutes les dimensions

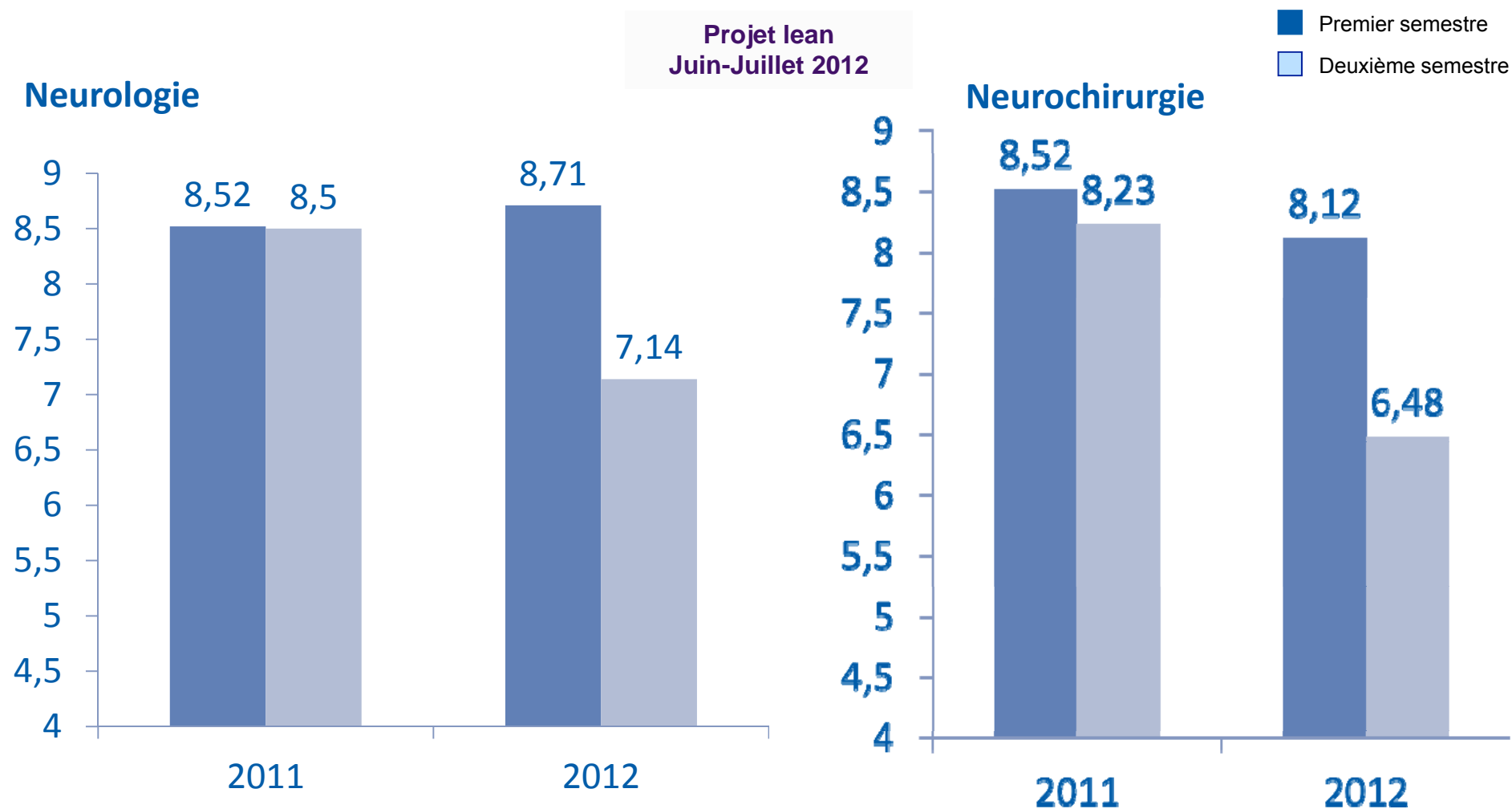
N.B. Nb de questionnaires 1^{er} semestre 2012 : 59
 2^{ème} semestre 2012 : 89

Taux de satisfaction du patient vis-à-vis de l'unité 72

	2011		2012	
	1er	2ème	1er	2ème
Le séjour dans l'unité de soins				
Information sur les aspects pratiques du séjour	8,2	8,7	8,3	8,8
Réponses aux questions	8,8	9,1	8,3	9,0
Organisation du 1er jour correcte	8,3	9,1	8,9	8,9
Informations examens et/ou intervention	8,9	8,7	8,8	8,9
Examens réalisés au moment prévu	9,2	8,8	9,1	9,2
Raisons de l'attente	7,9	8,6	**	8,3
Encouragement à exprimer la douleur	8,9	9,1	8,8	9,4
Questionnement sur la douleur	8,7	9,5	9,0	9,2
Soulagement de la douleur	8,9	9,4	9,2	9,5
Rapidité de réaction en cas de problème médical	**	9,1	**	**
Information cohérente entre soignants	9,1	8,8	8,6	9,1
Satisfaction du séjour dans l'unité de soins	8,6	9,3	9,1	9,2
Soins médicaux				
Écoute des médecins	8,6	9,2	9,0	9,5
Information claire des médecins	8,6	9,1	8,7	9,1
Qualité des soins médicaux	9,6	9,5	9,5	9,1
Disponibilité des médecins	8,2	8,3	8,4	7,9
Soins infirmiers				
Écoute des infirmières	9,0	9,2	9,2	9,2
Information claire des infirmières	**	9,1	8,5	9,1
Qualité des soins infirmiers	9,3	9,3	9,2	9,2
Disponibilité des infirmières	8,0	9,0	8,7	8,6
Le confort				
Propreté environnement	9,0	8,8	8,2	8,8
Bruit supportable	8,2	8,3	8,4	8,5
Respect intimité	9,1	9,3	9,1	9,4
Accueil des proches	**	9,5	9,0	9,6

Même si la différence est moins marquante car l'unité avait déjà un haut taux de satisfaction, **toutes les dimensions qui ont été abordées lors du projet lean par les équipes de l'unité 72 sont en hausse** (notamment en terme de **communication, écoute des besoins, propreté et accueil**)

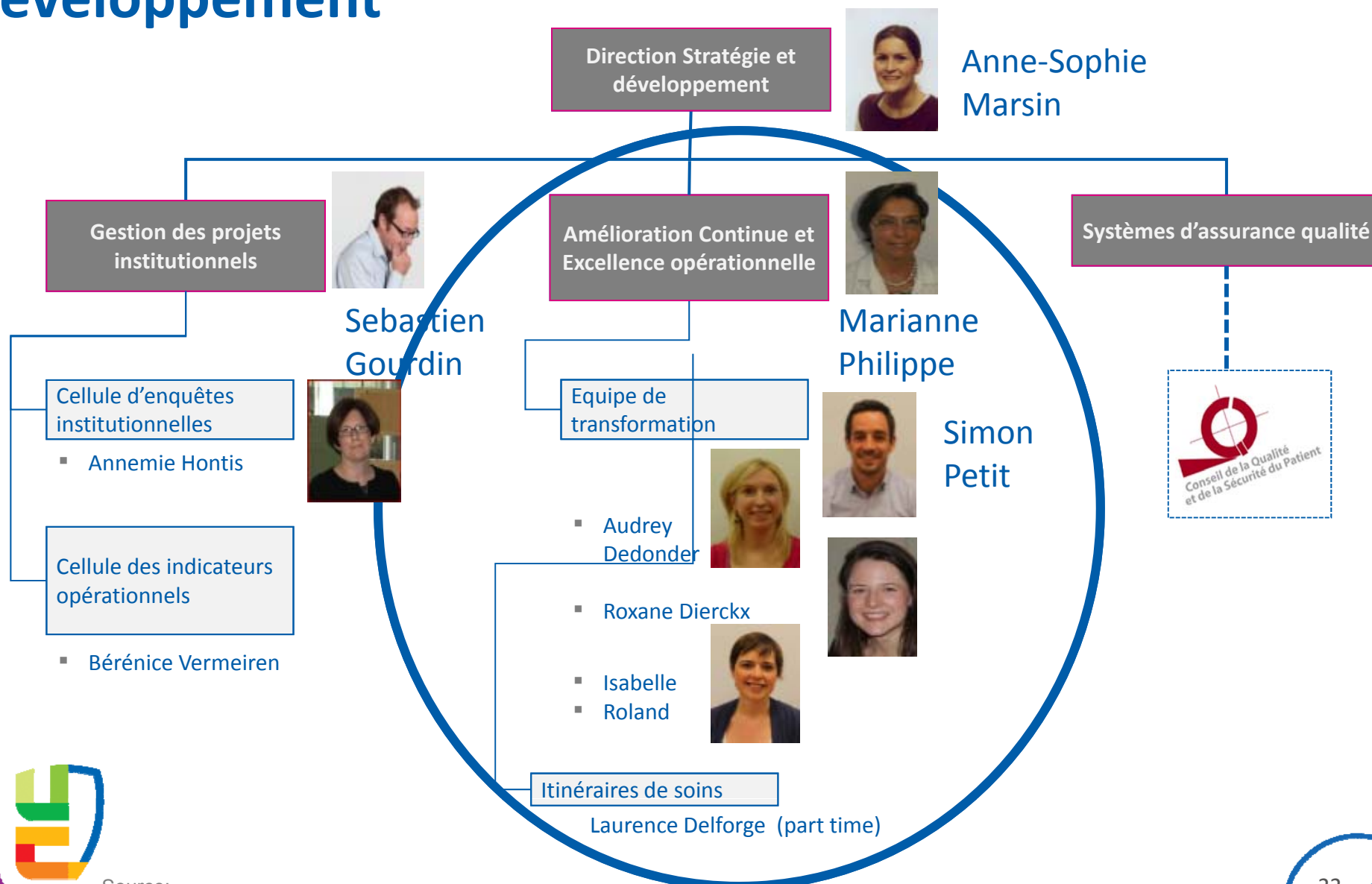
La DMS diminue depuis la mise en place du pilote « lean »...



Le département stratégie et développement en 2013



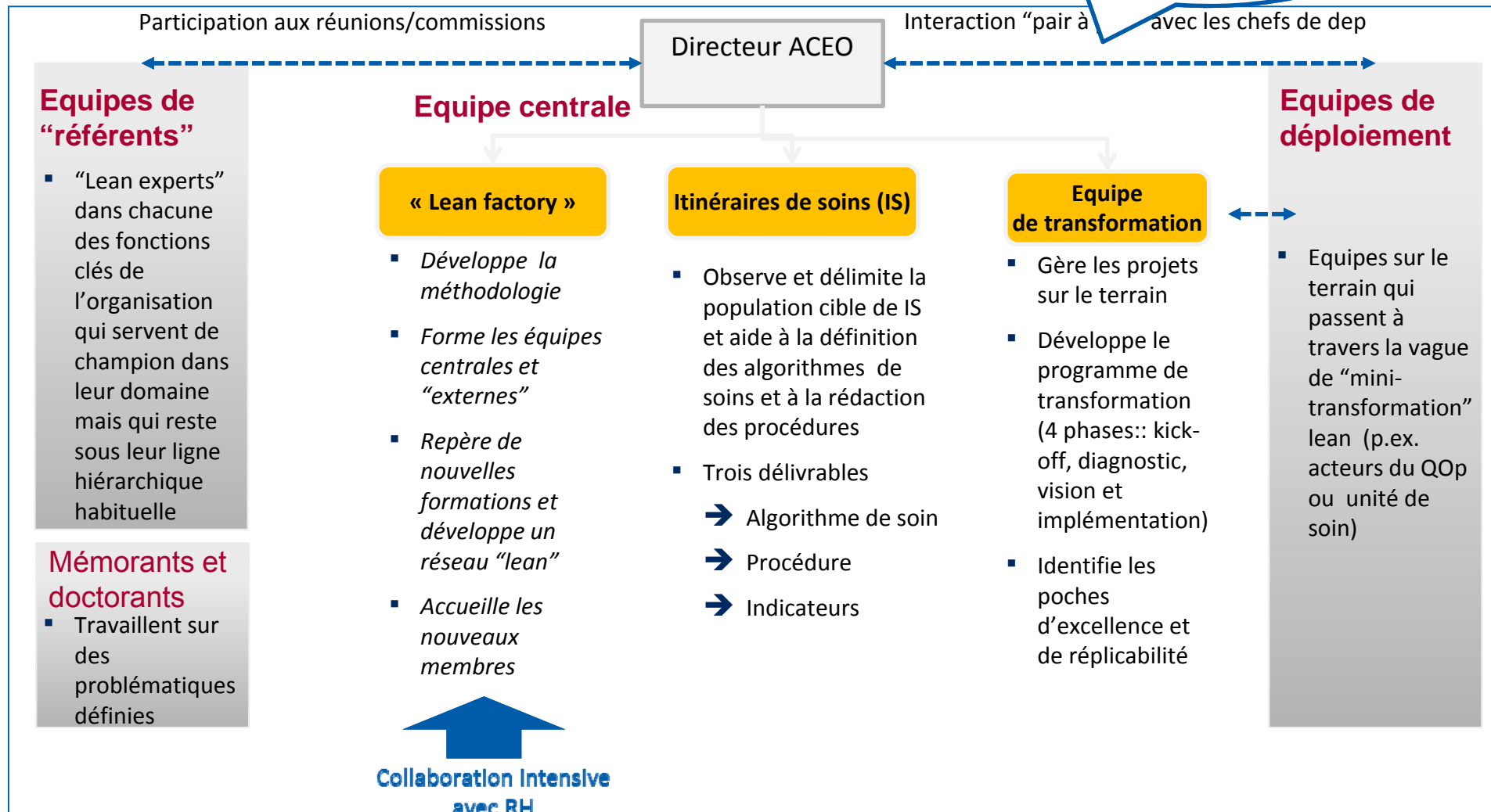
Aperçu du département stratégie et développement



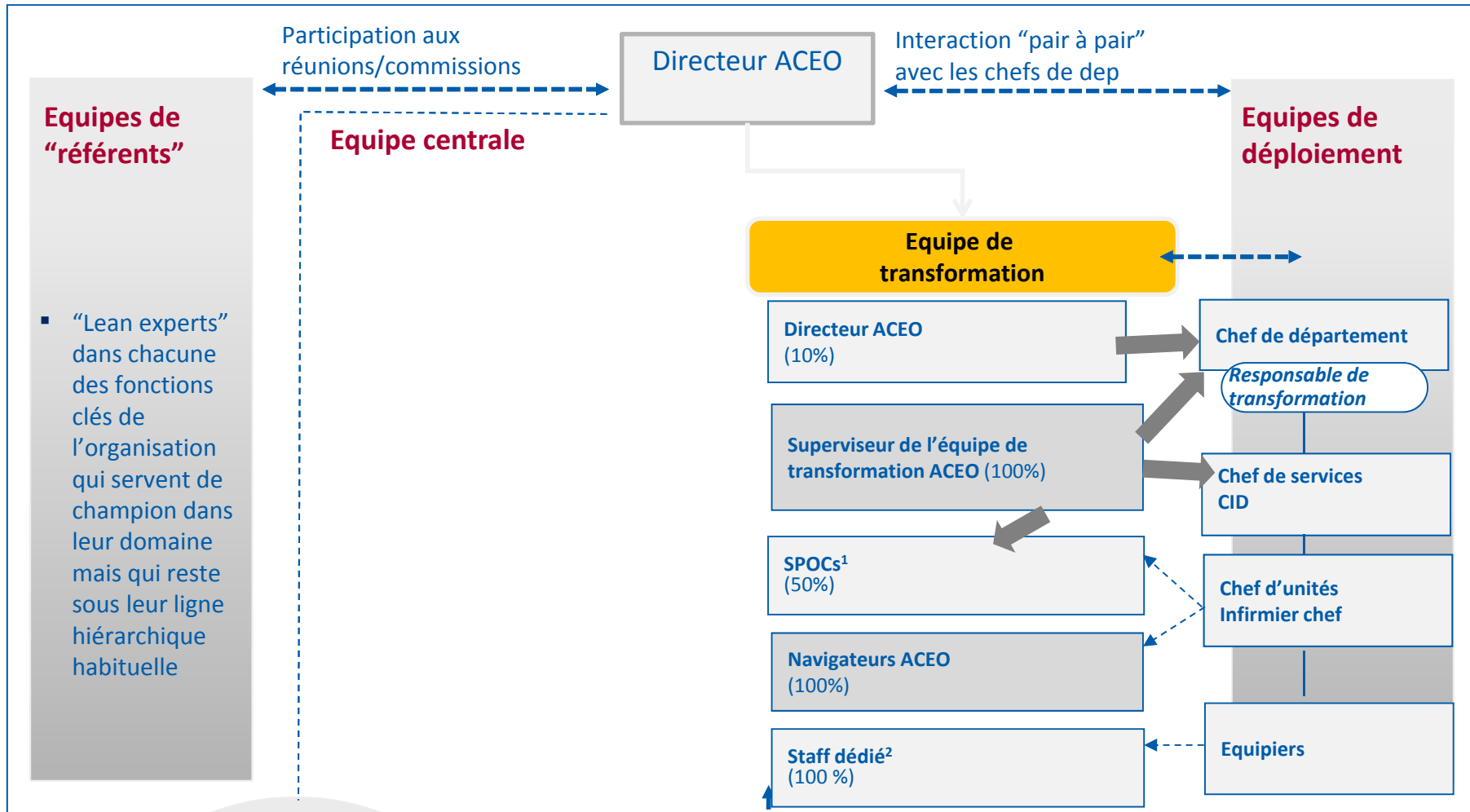
Source:

Le département ACEO

Neutralité
Encrage médical
Synergie
Globalisation



L'équipe de transformation



Equipes de "référents"

- "Lean experts" dans chacune des fonctions clés de l'organisation qui servent de champion dans leur domaine mais qui reste sous leur ligne hiérarchique habituelle

Equipe centrale

Equipe de transformation

Equipes de déploiement

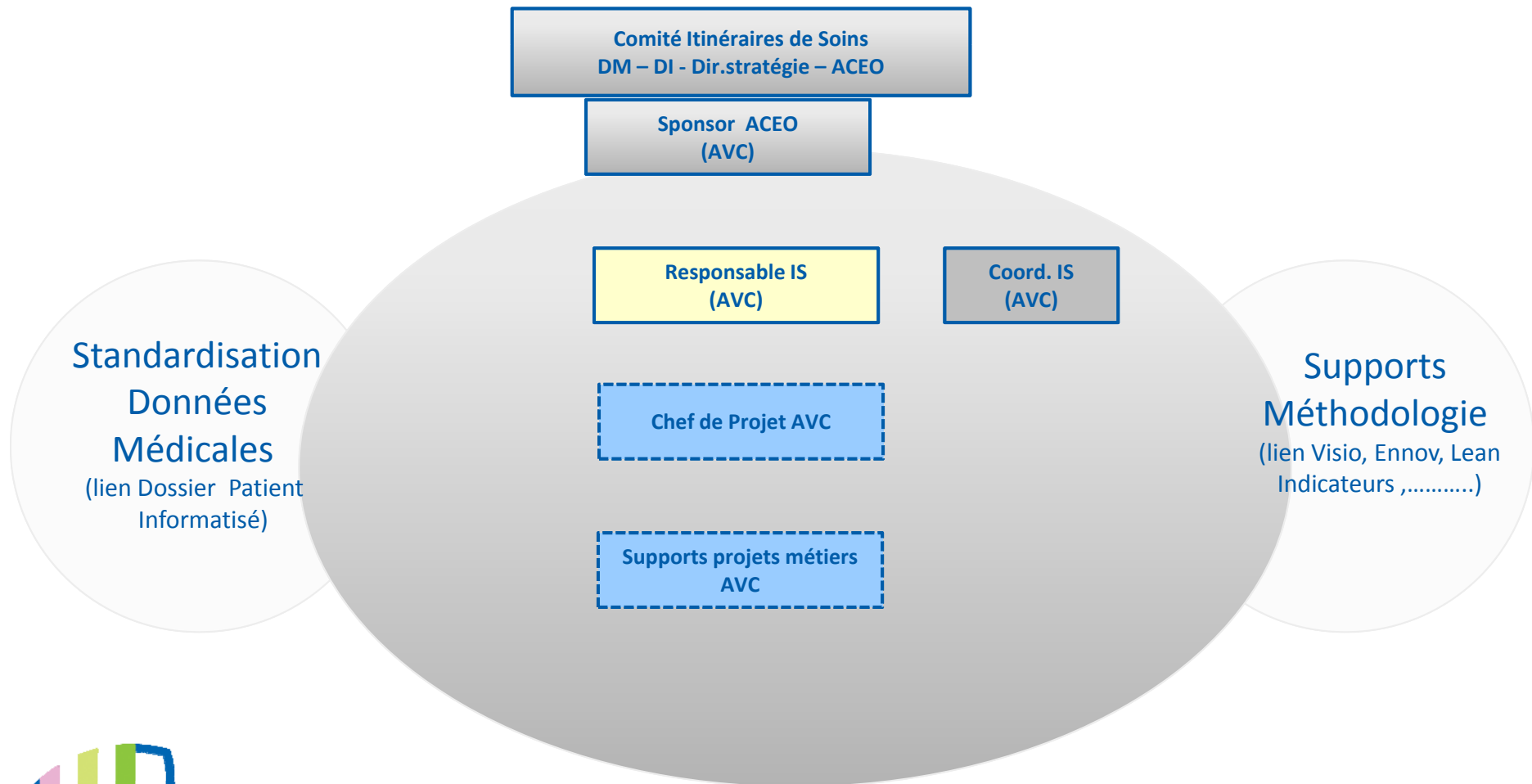
Mémorants et doctorants

- Travaillent sur des problématiques définies

1 Single Point of Contact, role joué par un ou deux membres senior 30-50% de leur temps
 2 Role joué par 1 ou 2 équipiers qui rejoignent l'équipe de transformation à 80-100% de leur temps

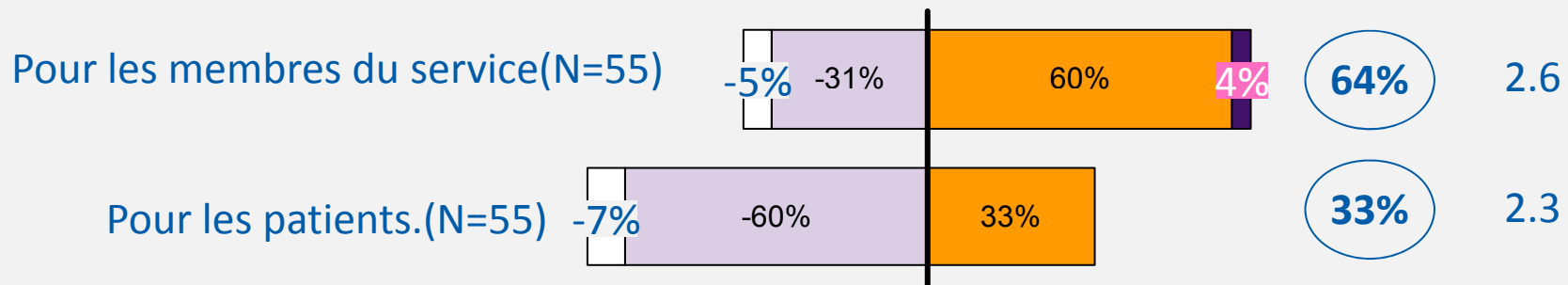


L' Axe Itinéraire de Soins - ACEO



Chaque projet ACEO s'appuie sur une enquête de satisfaction patients/personnel

Facilité de déplacement à travers les locaux



· Critères de sélection de projets 2013-2014

Condition sine qua non:
la demande d'intervention est-elle soutenue par le chef de service/dep?

Evaluation:
la demande concerne-t-elle un **axe stratégique**, est-elle liée à une **urgence** (risque pour l'institution, le personnel ou les patients) ou aux décisions du **plan directeur**

Priorisation: en quoi ce projet pourrait:
- améliorer la **qualité de soins et de services** aux patients
- Garantir de **meilleures conditions de travail** pour le personnel (diminuer les irritants)
- **Augmenter l'efficience** (en termes de coûts ou de revenus)

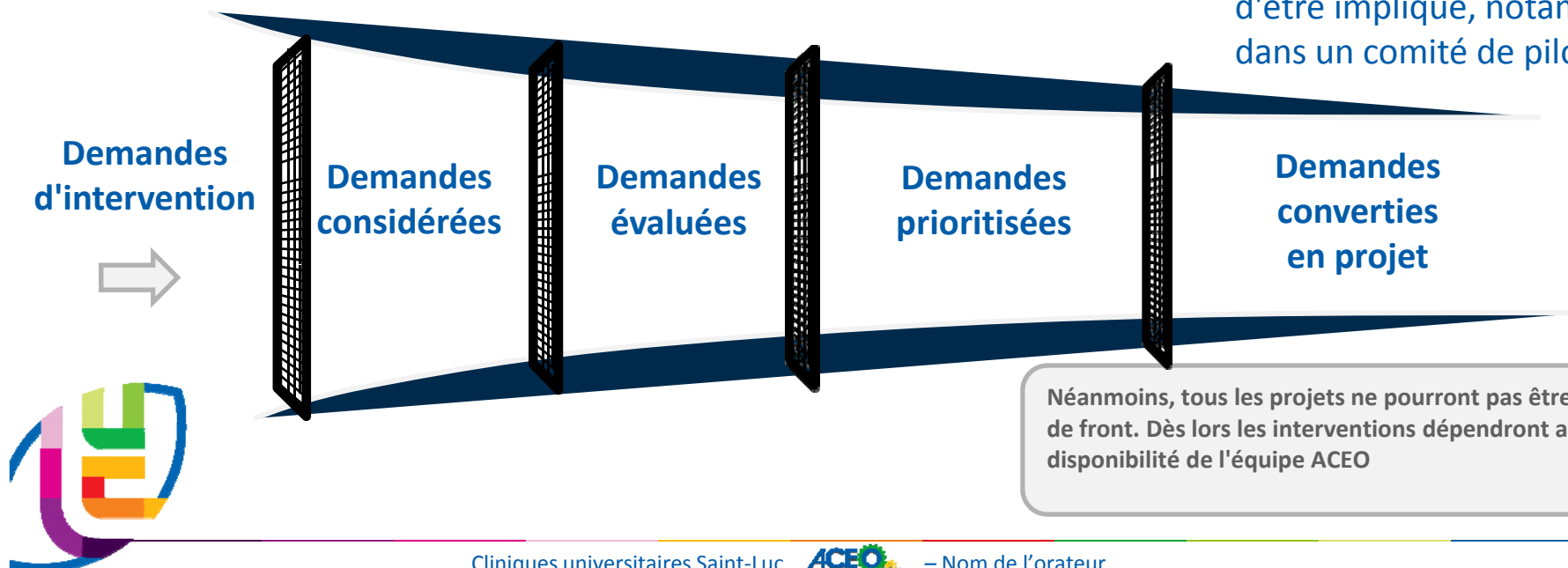
Conditions de succès:

- **Faisabilité:**

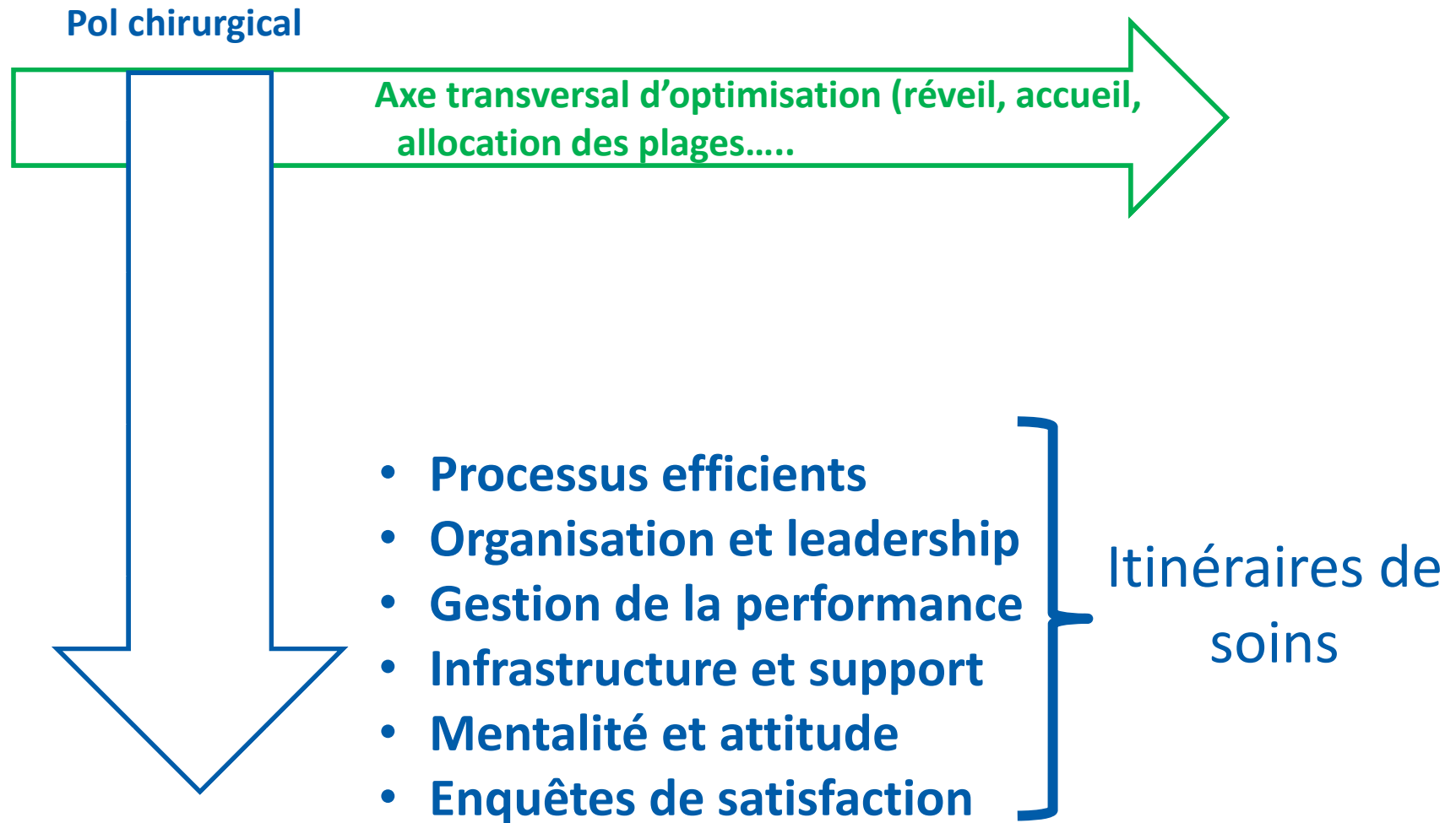
l'unité/service/département est-il prêt à accueillir un projet ACEO et a-t-elle les ressources nécessaires (p.ex. pas d'autres gros projets en cours qui utilisent déjà les ressources)

- **Multimétier:** les différents métiers sont-ils alignés derrière la démarche?

- **CoPil/gouvernance:** le leadership accepte-t-il d'être impliqué, notamment dans un comité de pilotage



Même stratégie au Quartier opératoire



Nous voulons continuer à mettre en place les mêmes éléments à travers l'ensemble de l'institution

Nos fondements

- 1 Améliorer la **qualité de soins et de services** aux patients
- 2 Garantir des **bonnes conditions de travail** pour le personnel
- 3 Assurer les missions universitaires (notamment **Académiques et recherche**)
- 4 **Conduire à des économies ou à une augmentation des revenus**



Les principes de l'amélioration continue

La "voix" des utilisateurs

- Ecouter et respecter
- Solutionner les "irritants"

Processus efficaces

- Revoir les processus clés
- Assurer la qualité et la sécurité

Gestion de performance

- Assurer la mise en place des améliorations
- Définir et suivre les indicateurs

Organisation et leadership

- Renforcer le leadership
- Eviter les glissements de tâches

Comportements et attitude

- Respecter les valeurs institutionnelles

Questions



Merci pour votre attention !

