

Apporter des améliorations au système à travers l'expérience du terrain : le rôle du « *Bedside Learning Coordinator* »

Shand J^{1,2}, Allwood D^{3,4}, Lee N⁵, Elahi N⁶, McHenry I^{7,8}, Chui K⁹, Tang S¹⁰, Dawson-Couper Z^{11,12}, Mountford J¹³, Bohmer R¹⁴

Systematically capturing and acting on insights from front-line staff: the 'Bedside Learning Coordinator'. *BMJ Qual Saf.* 2021 Feb 5;bmjqs-2020-011966. Doi: 10.1136/bmjqs-2020-011966.

- 1- UCLPartners – London – United Kingdom (UK)
- 2- Department of Applied Health Research – University College London – London – UK
- 3- Medical Directors Office – Imperial College Healthcare NHS Trust – London – UK
- 4- Improvement Directorate – The Health Foundation – London – UK
- 5- Burns Unit – Queen Victoria Hospital NHS Foundation Trust – East Grinstead – UK
- 6- Department of Anaesthesia – The Royal National Orthopaedic Hospital NHS Trust – Stanmore – UK
- 7- Department of Adult Nursing – King's College London – London – UK
- 8- Transplant – Renal and Urology – Guy's and St Thomas' Hospitals NHS Trust – London – UK
- 9- Trauma and Orthopaedic Surgery – Barking Havering and Redbridge Hospitals NHS Trust – Romford – UK
- 10- Department of Anaesthesia – Royal Free London NHS Foundation Trust – London – UK
- 11- Queen Alexandra Royal Army Nursing Corps – British Army – Camberley – UK
- 12- Defence Primary Healthcare – Colchester Group Practice – Colchester – UK
- 13- Medical Directorate – Royal Free London NHS Foundation Trust – London – UK
- 14- Nuffield Trust – London – UK

Abstract

Insights from front-line staff are generally agreed to be vital for informing quality improvement. However, health services often struggle to gather internal experience-based insights from staff systematically. When such data are collected, standard, systematic mechanisms are often lacking to act on the insights the data convey. To better exploit this potentially rich source of insights we propose that health services invest in a systematic mechanism to gather data from front-line experience. We trialled one such mechanism, the « Bedside Learning Coordinator » (BLC) at the National Health Service (NHS) Nightingale Hospital London (Nightingale), a field hospital established in an exhibition centre to provide additional ventilated bed capacity for London's patients with Covid-19.

✉ **Ana Luisa van Innis** – Quality and safety officer – Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Paqs) – Clos Chapelle-aux-Champs 30 – Bte 1.30.30 – 1200 Bruxelles – Belgique
E-mail: analuisa.vaninnis@paqs.be

Les perceptions/expériences du personnel de terrain sont une source riche d'information pour améliorer la qualité des soins et y apporter les changements nécessaires (comprenant la façon dont les soins aux patients sont délivrés, l'efficacité du milieu de travail et le bien-être du personnel). D'un côté, le personnel de terrain n'a ni le temps ni l'influence nécessaire pour apporter des changements à l'échelle systémique. D'un autre côté, les gestionnaires ont la capacité d'apporter ces changements, mais n'ont pas accès, en temps opportun et de façon systématique, aux feedback de la part du terrain permettant de guider ces changements. La plupart des organisations de soins ne recueillent pas de façon systématique les renseignements provenant du terrain pour améliorer la qualité et, lorsqu'elles le font, dans la plupart des cas, celles-ci ne donnent pas de suite à ces renseignements. Bien que le personnel de terrain puisse apporter des changements au niveau local, ceux-ci ne permettent pas de lutter contre les défaillances du système et de mettre en place des améliorations systémiques. Par conséquent, ce type de changements finit par éroder la performance de l'organisation, gaspiller des ressources et augmenter la frustration du personnel.

Pendant la crise de la Covid-19, le NHS Nightingale Hospital à Londres (hôpital de campagne permettant d'accueillir les patients infectés par la Covid-19) a testé la mise en place d'un coordinateur d'apprentissage au chevet du patient (en anglais : *Bedside Learning Coordinator [BLC]*). Le rôle du BLC a été créé dans le but de recueillir les idées d'amélioration du terrain, de les transmettre directement aux gestionnaires afin que ceux-ci puissent agir et apporter les changements nécessaires, d'ensuite communiquer ces changements au personnel de terrain et finalement de surveiller le succès de la mise en œuvre.

Les BLC proviennent d'horizons professionnels variés et n'avaient pas besoin d'avoir une formation clinique. Le plus important était le sens de l'observation, l'intérêt pour tout ce qui concerne les processus et les systèmes ainsi qu'un engagement envers l'apprentissage et l'amélioration. À l'aide d'un formulaire semi-structuré, les BLC ont recueilli les idées et les observations du personnel de terrain sur ce qui fonctionnait bien et moins bien. Ce formulaire comprenait six catégories : le bien-être du personnel, le flux de travail et les processus, les équipements, le personnel (le *skill mix*), les protocoles cliniques et autres. Les BLC ont travaillé au sein de l'équipe de la qualité pour, d'un côté, pouvoir combiner les observations recueillies avec d'autres sources de données, notamment les rapports

d'incidents et les tableaux de bord, et de l'autre, assurer le soutien des cadres supérieurs.

Les BLC ont été encouragés à collaborer avec le personnel, à apporter les changements nécessaires, à les documenter, et à travailler en collaboration avec l'infirmière-chef. En plus de récolter les suggestions d'amélioration, les BLC communiquaient également au personnel de terrain les changements qui étaient apportés, et vérifiaient a posteriori si ces changements étaient mis en œuvre comme prévu, permettant ainsi de conclure le *cycle d'apprentissage*.

Au NHS Nightingale Hospital, les idées d'amélioration recueillies auprès du terrain ont été triées en trois domaines : corriger (exigeant la mise en place de mesures connues pour gérer le problème), améliorer (suggestions pour améliorer la façon de faire les choses) et changer (exigeant des changements substantiels). Un outil de suivi comprenant l'état en direct des observations et des améliorations associées a été utilisé pour, à la fois, gérer le progrès des actions et informer le personnel des changements.

La plupart des idées et des actions d'amélioration, recueillies entre le 8 avril et le 1^{er} mai 2020, ont été classées dans la catégorie « corriger » (55%). La catégorie « améliorer » représentait 42% des idées/actions et la catégorie « changer » 11%. Les auteurs de l'article soulèvent plusieurs points positifs à la suite de la mise en place d'un BLC au sein d'une institution. En premier lieu, les commentaires du personnel de terrain au sujet du rôle du BLC étaient positifs. Ceux-ci se sont sentis écoutés et ont vu certaines de leurs préoccupations mises en avant. Deuxièmement, ce système d'apprentissage permet de résoudre de façon rapide et visible les problèmes rapportés par le personnel et les informations peuvent être générées à tout moment de la journée (jour et nuit). Le fait que le personnel se sente plus écouté a permis également de l'engager davantage vis-à-vis de l'apprentissage du système. Troisièmement, la confrontation des données recueillies par le BLC avec les rapports des incidents a permis d'avoir une vision plus globale et équilibrée du fonctionnement du système (ce qui fonctionne bien versus ce qui ne fonctionne pas). Les incidents signalés dans les systèmes de déclaration d'événements indésirables ont tendance à se concentrer sur les événements négatifs et donnent rarement un

aperçu de ce qui fonctionne bien au niveau du système. Finalement, le fait que les BLC aient des backgrounds professionnels très diversifiés a permis d'améliorer la collaboration interdisciplinaire et d'avoir des apports différents lors de la résolution des problèmes.

Cependant les auteurs rappellent que malgré le rôle important que peuvent avoir les BLC dans l'amélioration du système, ce rôle doit faire partie intégrante d'une démarche qualité au sein de l'organisation et être renforcé par la culture organisationnelle. La mise en place de BLC de façon isolée risque de provoquer l'effet contraire et de ne pas aller à la rencontre des préoccupations du personnel. Les auteurs recommandent également d'inclure le recueil des idées d'amélioration des patients et de leurs familles car ceux-ci fournissent également une source riche d'information pour le système d'apprentissage. Finalement, ils listent une série de recommandations pour les institutions qui souhaitent mettre en place des BLC :

- Personnel surnuméraire, mais local : si le BLC délivre directement des soins aux patients, celui-ci aura une capacité d'observation diminuée. Cependant, il est conseillé que les BLC proviennent directement de l'institution et se sentent familiarisés avec la culture institutionnelle.

- Sur le terrain : il est important d'observer et d'obtenir des renseignements directement auprès du personnel de première ligne ainsi que des patients et de leurs familles afin d'assurer l'obtention d'informations précises et en temps opportun.

- Expériences professionnelles diversifiées : recruter des BLC d'horizons professionnels diversifiés (cliniques et non cliniques) permettant d'avoir des apports et des connaissances diversifiés.

- Personnel confiant et de confiance : les BLC doivent avoir confiance en leur capacité d'observation et d'interaction avec le personnel. De plus, le personnel (y compris le personnel de terrain et les cadres supérieurs) doit faire confiance aux BLC et à leurs capacités.

Les auteurs concluent l'article en constatant que le rôle du BLC semble être un mécanisme d'apprentissage crucial, fiable et rapide et que celui-ci doit être davantage développé dans le secteur des soins (hôpitaux et autres institutions). Ce type de rôle a d'ailleurs porté ses fruits dans d'autres secteurs d'activité, notamment chez le constructeur automobile Toyota. ■