

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES HÔPITAUX BELGES EN 2008

**Rapport sur le contrat 'coordination qualité et sécurité
des patients 2007-2008'**

**Direction générale Organisation des Etablissements de Soins
Service des Soins Aigus, Chroniques et aux Personnes Agées**

Liesbeth Borgermans
Christiaan Decoster
Davy De Groot
Dominique Dicker
Margareta Haelterman
Agnès Jacquerye
Stéphanie Maquoi
Peter Osten
Hilde Peleman
David Sauwens
Evelyne Van Gastel

REMERCIEMENTS

La cellule 'qualité et sécurité du patient' tient particulièrement à remercier: les hôpitaux belges, les médecins ainsi que tous les collaborateurs hospitaliers, les patients, le Cabinet des Affaires Sociales et de la Santé publique, la Commission d'accompagnement pour la performance dans les hôpitaux, le groupe de travail fédéral sécurité du patient, le groupe de travail fédéral juridique, les services de datamanagement, de comptabilité et gestion hôpitaux et soins de santé psychosociaux de la DG1, ainsi que le service informatique du SPF SPSCAE.

*Editeur responsable: Dirk Cuypers,
Place Victor Horta 40, bte 10, B-1060 Bruxelles*

© 2009 SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Hormis les exceptions expressément fixées par la loi, aucun extrait de cette publication ne peut être reproduit, introduit dans un fichier de données automatisé, ni diffusé, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation expresse et préalable et écrite de l'éditeur.

Depot: D/2009/2196/22
BP/PATIENF-BI9001

TABLE DES MATIÈRES

EXECUTIVE SUMMARY	5
RÉSUMÉ	9
AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE 1. MISSION, VISION, OBJECTIFS ET STRATÉGIE	17
Introduction	18
Méthodologie	18
Résultats	19
CHAPITRE 2. STRUCTURES QUALITÉ ET FONCTIONS DES MEMBRES	31
Introduction	32
Méthodologie	32
Résultats	34
CHAPITRE 3. ÉVALUATION DE LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	51
Introduction	51
Méthodologie	52
Résultats	53
CHAPITRE 4. DÉCLARATION ET ANALYSE DES INCIDENTS ET PRESQU'INCIDENTS	63
Introduction	64
Méthodologie	64
Résultats	65

CHAPITRE 5.	
PROJETS QUALITÉ	77
Introduction	78
Méthodologie	78
Résultats	79
CHAPITRE 6.	
LES INDICATEURS	87
Introduction	88
Méthodologie	88
Résultats	92
CHAPITRE 7.	
RÉFLEXIONS SUR LE CONTRAT ET LE SOUTIEN DES HÔPITAUX PAR L'AUTORITÉ FÉDÉRALE	119
CHAPITRE 8.	
ORIENTATIONS POUR L'AVENIR	123
VUE D'ENSEMBLE DES GROUPES DE TRAVAIL	127

Quality and patient safety in Belgian hospitals in the year 2008
Report on the quality and patient safety contract of 2007-2008

EXECUTIVE SUMMARY

Since July 2007, additional financing (annual budget of € 6.8 million) has been approved for the coordination of quality and patient safety in Belgian hospitals. This budget was linked to a contract for the coordination of quality and patient safety. The contract was signed by 80 % (n = 164) of the acute, psychiatric and long term care hospitals and consisted of six major parts. Hospitals were asked to report on the different parts of the contract.

1. The mission, vision, goals and strategy with regard to quality and patient safety

The first part of the contract aimed at further stimulating the hospitals to formulate a mission, a vision, goals and strategic objectives that also integrate patient safety.

The results show that most of the hospitals have a mission, a vision and strategic/operational goals. However, only half of the hospitals have a 'real mission' that meets sound criteria. In addition, the hospitals do not explicitly link their mission, vision and strategic goals. Another important finding is that most hospitals mix the terms 'mission', 'vision' and 'strategy'. It is also striking that the numbers and types of operational goals vary considerably between the different hospitals.

As to the communication of their mission and vision, the hospitals use many channels and they are very creative in spreading their mission and vision among patients and personnel. Other important conclusions to be made for this chapter are that only one in three hospitals applies general quality frameworks (like the EFQM model). In general, we can conclude that there is a need for standardisation and harmonisation with regard to the concept of 'quality and patient safety' in hospitals because those concepts are interpreted in a

very different way today. However, by doing so, one should take into account the specific features of each hospital as well as its patient population.

2. Structures and functions with regard to quality and patient safety

Within the framework of the second part of the contract, the hospitals were asked to give an overview of the existing structures with regard to quality and patient safety by means of an organisation chart. These are the committees or functions that are financed by the federal government and/or legally imposed. The committees that the hospitals have mentioned most frequently are the quality committee, the executive committee and the patient safety committee. More than half of the hospitals has established this committee in 2008. The patient safety committee is characterised by a large participation of board members and a multidisciplinary composition. Most of the hospitals also have at least one full-time equivalent quality coordinator. Finally, various channels are used to diffuse the organisation chart within the institution.

3. Hospital survey on patient safety culture

The third part of the contract aimed at assessing the patient safety culture. The federal authorities have used the *Hospital Survey on Patient Safety Culture* of the AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) to do so. The results of this culture assessment have also been the subject of a benchmark that has been conducted for 132 Belgian hospitals. These results are presented in a separate report. Most of the participating hospitals (96 %) have conducted a hospital survey on patient safety culture according to a predefined methodology. The level of participation was lower for physicians than for other hospital staff. About half of the hospitals that have conducted the culture assessment has already formulated actions for improvement that are linked to the results of the culture assessment.

4. Reporting and analysing (near) incidents

The fourth part of the contract related to the reporting and analysing of incidents and near incidents.

The vast majority of the participating hospitals makes use of a system to report incidents and near incidents. There is, however, a whole range of issues that can be reported. The anonymity of the reporter, the unit and the patient

is mostly respected in long term care hospitals. In the acute and psychiatric hospitals, reporters can choose between anonymous and non-anonymous reports in more than half of the cases. The reporting system is usually confidential, which means that the patient's identifying data, the reporter and the unit are not mentioned to third parties. A large majority of the hospitals also has a hospital-wide reporting system. Hospital-wide reporting systems are mostly used in long term care hospitals, followed by psychiatric hospitals and acute hospitals.

In slightly more than half of the hospitals, the reporting is exclusively done in writing. A minority of the hospitals already has an electronic reporting system and in one third of the hospitals the system allows for both written and electronic reporting. A positive point is that the hospitals really take a lot of initiatives to stimulate reporting, which include both written and oral (formal and informal) forms of communication, campaigns and training.

One third of the hospitals, and particularly acute hospitals, uses specific methods to analyse incidents and near incidents. This shows that there is still a lot of work to be done in this field. In about half of the hospitals the incidents and near incidents are analysed by the quality coordinator. The analysis methods which were used vary a lot. The actions for improvement, which are based on the analyses, that are mentioned most frequently relate to medication and fall prevention.

5. The description of three quality projects

The fifth part of the contract related to the description of three new quality projects: one for the domain of 'economic performance' / 'capacity and innovation', one for 'clinical performance' and one for 'patient safety'. In all, more than 500 projects have been submitted, mostly by acute hospitals, followed by psychiatric hospitals and long term care hospitals. Many projects submitted by acute hospitals relate to supporting activities, medication, clinical pathways and hospital hygiene. Psychiatric hospitals have mainly developed projects on medication, staff policy, patient flows and aggression. Long term care hospitals have mainly submitted projects with regard to medication, hospital hygiene, fall prevention and registration and analysis of incidents and near incidents.

Medication safety is the subject on which the three types of hospitals have submitted the most projects.

6. Multidimensional feedback including further details on a selection of 12 indicators

The sixth part of the contract only applied to acute hospitals. The hospitals were asked to select 12 indicators and to develop actions for improvement in relation to the results of the indicators. They were asked to select three indicators per domain and to develop them in detail: 3 indicators for the domain of 'economic performance', 3 for 'capacity and innovation', 3 for 'clinical performance' and 3 for 'patient safety.' The following indicators have been cited the most for the respective fields: degree of financial independence, clinical pathways, caesarean/section and pressure ulcers. The actions for improvement have been subdivided into the following categories: financial management, human resource management, clinical aspects, informatics and patient safety.

The last chapter related to the report deals with the remarks and suggestions of the hospitals with regard to the contract.

A final chapter is dedicated to the framework of a long-range plan up to 2012. From 2008 onwards the yearly contracts will always be based on the Donabedian's triad and consist of three pillars: the development of a safety management system (structure), the analysis of processes (process) and the development of a multidimensional set of indicators (result). By 2012 all hospitals should have an integrated safety management system, assess both intramural and transmural care processes and use an integrated and multidimensional set of indicators.

RÉSUMÉ

Depuis juillet 2007, un financement complémentaire a été approuvé dans la sous-partie B4 du budget des moyens financiers pour la coordination de la qualité et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges. Pour le contrat, année 2007-2008, le budget a porté sur un montant de 6,8 millions d'euros. Le contrat relatif à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients a été signé par 80 % (n = 164) des hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp. Ce contrat était constitué de six grandes parties.

Les hôpitaux ont dû rendre un rapport sur les différentes parties du contrat.

1. Mission, vision, objectifs et stratégie concernant la qualité et la sécurité des patients

Une première partie du contrat avait pour but d'inciter davantage les hôpitaux à formuler une mission, une vision, des objectifs et des finalités stratégiques intégrant la sécurité des patients.

Les résultats révèlent que la majorité des hôpitaux dispose d'une mission, d'une vision et d'objectifs stratégiques et opérationnels. Cependant, une 'vraie' mission, c'est-à-dire qui répond à des critères cohérents, n'est adoptée que par la moitié des hôpitaux. Par ailleurs, la majorité des hôpitaux n'établit aucun lien explicite entre leur mission, leur vision et leurs objectifs stratégiques. Autre constat important, la majorité des hôpitaux utilise les concepts de mission, vision et stratégie sans discernement. On observe également que les objectifs opérationnels varient fortement en nombre et en contenu selon les hôpitaux.

En ce qui concerne la communication des mission et vision, de nombreux canaux sont utilisés et les hôpitaux mènent de nombreuses actions créatives pour les diffuser auprès de leurs patients et de leur personnel. On constate que seul un tiers des hôpitaux se base sur des cadres généraux d'amélioration de la qualité (de type EFQM). Ces éléments nous confirment qu'une standardisation et une harmonisation du concept 'qualité et sécurité des patients' s'impose vu les contenus fort différents apportés aujourd'hui par les hôpitaux, tout en tenant compte de leur spécificité et patientèle.

2. Structures et fonctions concernant la qualité et la sécurité des patients

Dans la deuxième partie du contrat, les hôpitaux devaient répertorier les structures existantes concernant la qualité et la sécurité des patients à l'aide d'un organigramme. Il s'agit ici des comités ou fonctions financés par l'autorité fédérale et/ou imposés par la loi. Les comités les plus fréquemment cités par les hôpitaux sont le comité qualité, le comité de direction et le comité sécurité des patients. Ce dernier a été mis en place en 2008 par plus de la moitié des hôpitaux. Le comité sécurité des patients se caractérise par une forte participation des membres de la direction et par une composition multidisciplinaire. La majorité des hôpitaux a, au maximum, un équivalent temps plein coordinateur de la qualité. Enfin, il a été constaté que divers canaux sont utilisés pour diffuser l'organigramme au sein de l'institution.

3. Évaluation de la culture de sécurité des patients (mesure de la culture à l'échelle institutionnelle)

Une troisième partie du contrat avait pour but de mesurer la culture concernant la sécurité des patients. À cet effet, l'autorité fédérale a adopté la méthode de l'*Hospital Survey on Patient Safety Culture* de l'AHQR (*Agency for Healthcare Research and Quality*). Les résultats de la mesure de culture effectuée ont également fait l'objet d'un benchmarking réalisé avec 132 hôpitaux belges. Ces résultats sont décrits dans un rapport distinct consultable sur le site internet. La majorité des hôpitaux participants a effectué une mesure de la culture de sécurité des patients à l'échelle institutionnelle (96 %), conformément aux règles méthodologiques. Le taux de participation des médecins s'est avéré inférieur à celui des autres collaborateurs hospitaliers. Environ la moitié des hôpitaux qui ont participé à cette mesure de la culture a défini des actions d'amélioration liées à leurs résultats.

4. Déclaration et analyse des incidents et presque incidents

Une quatrième partie du contrat portait sur la déclaration et l'analyse des incidents et presque incidents.

Une grande majorité des hôpitaux participants dispose d'un système de déclaration des incidents et presque incidents. On constate toutefois une très forte diversité quant aux thèmes susceptibles de faire l'objet d'une déclaration des incidents et presque incidents. L'anonymat du déclarant, du service et du

patient est le plus fréquemment adopté dans les hôpitaux Sp. Dans les hôpitaux aigus et psychiatriques, un choix est offert, dans plus de la moitié des cas, entre une déclaration anonyme et non anonyme. Le système de déclaration est la plupart du temps confidentiel, ce qui signifie que les données d'identification du patient, du déclarant et du service ne sont pas communiquées à des tiers. Une grande majorité d'hôpitaux utilise aussi un système de déclaration à l'échelle institutionnelle et principalement dans les hôpitaux Sp, suivis par les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux aigus.

Dans un peu plus de la moitié des hôpitaux, la déclaration s'effectue par écrit. Une minorité d'hôpitaux dispose déjà d'un système électronique de déclaration et un tiers des hôpitaux permet à la fois une déclaration écrite et une déclaration électronique. Un constat positif est le très grand nombre d'initiatives entreprises par les hôpitaux pour encourager la déclaration. Il s'agit de diverses formes écrites et orales (formelles et informelles) de communication, de campagnes et de formations.

En ce qui concerne l'analyse des incidents et presque incidents, un tiers des hôpitaux recourt à des méthodes spécifiques, principalement dans les hôpitaux aigus. Dans le domaine des méthodes d'analyse pour les incidents et presque incidents, il reste donc encore un travail important à effectuer. Par ailleurs, l'analyse des incidents et presque incidents est assurée, dans la moitié des hôpitaux environ, par le coordinateur qualité. La diversité des méthodes d'analyse utilisées est très grande. Les actions d'amélioration les plus souvent citées, fondées sur ces analyses, concernent la médication et la prévention des chutes.

5. Description de trois projets dans le domaine de la qualité

Une cinquième partie du contrat portait sur la description de trois nouveaux projets qualité: un pour le domaine 'performance économique' ou 'compétence et innovation', un pour la 'performance clinique' et un pour la 'sécurité des patients'. Au total, plus de 500 projets ont été déposés. Beaucoup de projets introduits par les hôpitaux aigus se rapportent à des activités de support, à la médication, aux itinéraires cliniques et à l'hygiène hospitalière. Les hôpitaux psychiatriques, quant à eux, ont traité principalement des projets relatifs à la médication, à la politique en matière de personnel, au flux entrant et sortant des patients et aux agressions. Enfin, les hôpitaux Sp ont surtout introduit des projets en matière de médication, d'hygiène hospitalière, de prévention des chutes, et d'enregistrement et analyse des incidents et presque incidents.

La sécurité en matière de médication est le thème sur lequel les trois types d'hôpitaux ont lancé le plus grand nombre de projets.

6. Feedback multidimensionnel avec définition de douze indicateurs sélectionnés

Une sixième partie du contrat était uniquement d'application pour les hôpitaux aigus. Il leur était demandé de sélectionner 12 indicateurs répartis dans quatre domaines et de définir des actions d'amélioration pour y arriver. Par domaine, les hôpitaux devaient choisir trois indicateurs et les détailler: trois pour la dimension 'performance économique', trois pour la dimension 'compétence et innovation', trois pour la dimension 'performance clinique' et trois pour la dimension 'sécurité des patients'. Les indicateurs les plus cités pour les différents domaines ont été, respectivement: le degré d'indépendance financière, les itinéraires cliniques, le taux de césariennes et les escarres. Les actions d'amélioration demandées ont été classées dans les catégories suivantes: 'gestion (politique et stratégique)', 'organisation', 'gestion des données', '(in)formation' et 'itinéraires cliniques'.

En fin de rapport, un avant dernier chapitre est consacré aux remarques et suggestions formulées par les hôpitaux dans le cadre du contrat.

Le dernier chapitre est consacré aux orientations essentielles pour l'avenir présenté dans le cadre d'un plan pluriannuel s'étalant jusqu'en 2012. A partir de 2008 et jusqu'en 2012, les contrats annuels reposeront chaque fois sur la triade de Donabedian et comprendront les trois piliers suivants: le développement d'un système de gestion de la sécurité (structure), l'analyse de processus (processus) et le développement d'un ensemble d'indicateurs multidimensionnels (résultat). Le but est qu'en 2012, tous les hôpitaux disposent d'un système intégré de gestion de la sécurité, qu'ils procèdent à une évaluation des processus de soins *intra et extramuros* et qu'ils adoptent un ensemble intégré et multidimensionnel d'indicateurs.

AVANT-PROPOS

La mission de la Direction générale 'Organisation des Etablissements de Soins' consiste à 'contribuer de manière continue à une politique de soins de santé orientée vers les patients, à la fois de qualité et de fiabilité ainsi que budgétairement soutenable, en restant accessible à tous financièrement et géographiquement'. Cette mission se concrétise sous forme contractuelle et volontaire par le soutien de projets pilotes et la mise en place d'un financement structurel visant à aider les hôpitaux dans leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

Ces dernières années, diverses organisations internationales comme l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Organisation de Coopération et de Développement Economique, la Commission européenne et le Conseil de l'Europe ont formulé d'importantes recommandations en matière de qualité des soins et de sécurité des patients. L'autorité fédérale souhaite elle aussi participer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges en tant que partenaire actif.

Le présent rapport reprend les résultats de la première année du contrat et reflète la situation de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2008. Dans les années à venir, le développement de cette thématique se poursuivra, toujours sur une base contractuelle. Aussi est-ce pour moi une joie de constater que pour la deuxième année de ce contrat (2008-2009), le taux de participation à cette initiative fédérale a déjà atteint 90 % des hôpitaux (ou 97 % des lits agréés).

Les résultats présentés dans ce rapport relatif à l'année de contrat 2007-2008 sont à considérer comme un stimulant pour les hôpitaux à investir en permanence dans la qualité des soins et la sécurité des patients.

Je vous souhaite une agréable lecture,



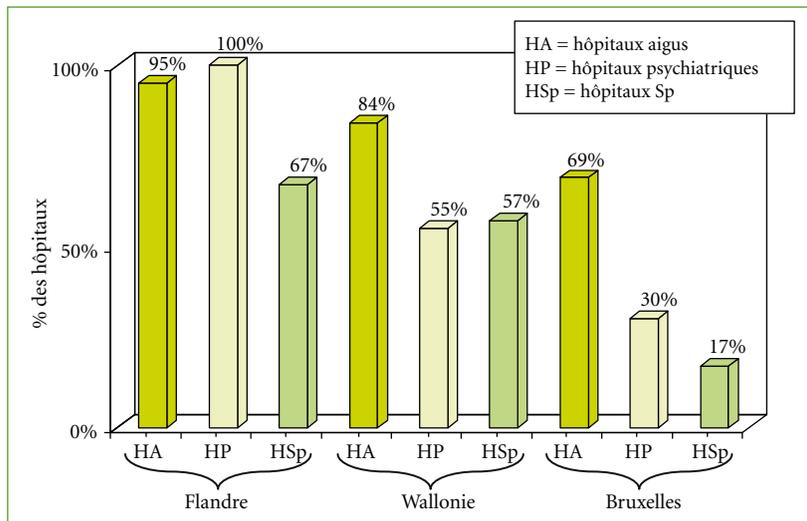
*Christiaan Decoster
Directeur général Organisation des Établissements de Soins*

INTRODUCTION

En 2006, le Conseil National des Établissements Hospitaliers a émis un avis concernant le financement de la qualité dans les hôpitaux. L'option retenue est celle de contrats annuels permettant aux hôpitaux de s'inscrire sur une base volontaire.

En 2007, un premier contrat en vue de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients a été présenté à tous les hôpitaux belges (n = 206). 80 % de ceux-ci (hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp), soit 164 établissements, ont signé le contrat avec l'autorité fédérale et déposé un rapport en 2008. Chaque hôpital participant s'est vu octroyer un budget en fonction de son nombre de lits agréés. Les plus petits établissements, dont le nombre de lits agréés ne dépasse pas 100, ont reçu chacun une somme de 10.000 euros. Un budget total de 6,8 millions d'euros a été consacré à ce projet pour l'année de contrat 2007-2008.

Graphique 1: taux de participation des hôpitaux belges au contrat 'coordination qualité et sécurité des patients 2007-2008', ventilé par région et par type d'hôpital (n = 206)



En fin de contrat annuel, afin de faciliter la rédaction et la présentation du rapport demandé par l'autorité, une application web a été développée en synergie avec le service 'Informatique' et 'Data Management' du SPF SPSCAE au sein de l'environnement sécurisé *Porta-Health*¹. Cette application web a été validée au préalable sur le fond par trois experts externes (EHSAL) et un groupe de coordinateurs qualité. Elle a été testée en détails dans sept hôpitaux néerlandophones et huit hôpitaux francophones. Lors de ce test, l'attention a principalement porté sur les imperfections techniques et la convivialité d'utilisation de l'outil. Même si l'emploi de l'application web n'était pas obligatoire pour rédiger le rapport, 80 % des hôpitaux participants l'ont remis via le web, les 20 % restants l'ont fait sur papier.

Dans les chapitres ci-après, les différentes parties du contrat sont présentées et commentées.

Lors de l'interprétation des résultats, il est important de se remémorer que la part des hôpitaux participants par région présente de fortes différences. Ainsi, les hôpitaux bruxellois sont représentés à raison de 9 % dans le total des hôpitaux participants, contre 64 % pour la Flandre et 27 % pour la Wallonie.

Chaque chapitre commence par les conclusions essentielles, suivies d'une brève introduction, d'une explication de la méthodologie utilisée pour l'analyse des données. Le chapitre se termine par la présentation des résultats.

Pour les chapitres relatifs aux projets en matière de qualité et aux indicateurs, l'information était très abondante. Pour augmenter la lisibilité du rapport, seuls les thèmes les plus fréquents et les plus pertinents ont été retenus et commentés. Les listes complètes des titres des projets en matière de qualité et des indicateurs sont disponibles au format pdf sur www.patient-safety.be. Dans le rapport, la référence est clairement affichée aux endroits concernés.

Cet ouvrage se termine par un chapitre consacré aux orientations futures, en décrivant une vision stratégique et en présentant un cadre pour les prochains contrats en matière de qualité et de sécurité des patients jusqu'en 2012.

1 *Porta-Health* est l'application web sécurisée du SPF SPSCAE utilisée par les établissements de soins pour l'échange de données.

CHAPITRE 1.

MISSION, VISION, OBJECTIFS ET STRATÉGIE

Conclusions clés

- La majorité des hôpitaux déclare disposer d'une mission, d'une vision et d'objectifs stratégiques/opérationnels.
- La majorité des hôpitaux utilise les concepts de mission, vision et stratégie sans discernement.
- Les hôpitaux n'établissent aucun lien explicite entre leur mission, leur vision et leurs objectifs stratégiques.
- La mission 'qualité et sécurité des patients' est, dans la majorité des hôpitaux, identique à leur mission générale ou inhérente à celle-ci.
- Seulement la moitié des hôpitaux dispose d'une 'vraie' mission répondant à des critères cohérents.
- Seulement un tiers des hôpitaux utilise des cadres généraux d'évaluation et d'amélioration de la qualité (EFQM, Kwadrant...).
- Les hôpitaux communiquent leur mission et leur vision à leurs patients et à leur personnel via divers canaux.
- Les hôpitaux mènent de nombreuses actions créatives pour diffuser leur mission et leur vision auprès de leurs patients et de leur personnel.
- Les objectifs opérationnels varient fortement en nombre et en contenu selon l'hôpital.
- Une standardisation et une harmonisation du concept de 'qualité et sécurité des patients' dans les hôpitaux s'impose vu les interprétations différentes rencontrées actuellement. Cette standardisation doit tenir compte de la spécificité de l'hôpital et de sa patientèle.

INTRODUCTION

Le premier chapitre est consacré à la mission, à la vision et aux objectifs issus des résultats du questionnaire adressé aux hôpitaux participant au contrat 'coordination qualité et sécurité des patients 2007-2008'. Les mission, vision et objectifs stratégiques constituent les fondements de la politique hospitalière menée et, par conséquent, sont une condition indispensable au succès de la politique en matière de qualité et de sécurité des patients. Les résultats commentés dans ce chapitre ont pour but de dresser un constat détaillé de la situation actuelle des hôpitaux en matière de mission, vision, objectifs et stratégie. Dans ce cadre, les autorités veulent souligner l'importance de la direction de l'hôpital dans la concrétisation et la définition de la mission, de la vision et des objectifs au personnel, aux patients et à leurs familles, et à tous les autres partenaires de l'hôpital.

MÉTHODOLOGIE

Il a été demandé aux hôpitaux de répondre aux 13 questions suivantes:

- L'hôpital dispose-t-il d'une description de sa mission générale?
- L'hôpital dispose-t-il d'une description de sa mission en ce qui concerne la qualité et/ou la sécurité des patients?
- Si oui, énoncez la mission en ce qui concerne la qualité et/ou la sécurité des patients.
- Quels sont les canaux utilisés pour la communication de la mission générale et/ou la mission concernant la qualité et la sécurité vers les patients?
- Quels sont les canaux utilisés pour la communication de la mission générale et/ou la mission concernant la qualité et la sécurité vers le personnel?
- Quelles sont les actions entreprises par l'hôpital au cours de cette année pour promouvoir la mission qui concerne la qualité et/ou la sécurité des patients?
- L'hôpital dispose-t-il d'une description de sa vision générale?
- L'hôpital dispose-t-il d'une description de sa vision en ce qui concerne la qualité et/ou la sécurité des patients?
- Si oui, énoncez la vision en ce qui concerne la qualité et/ou la sécurité des patients.
- Quelles sont les actions entreprises par l'hôpital au cours de cette année pour promouvoir la vision qui concerne la qualité et/ou la sécurité des patients?

- L'hôpital dispose-t-il d'objectifs stratégiques dans le domaine de la qualité et la sécurité des patients?
- L'hôpital dispose-t-il d'objectifs opérationnels dans le domaine de la qualité et la sécurité des patients?
- Faites un résumé des objectifs opérationnels qui concernent la qualité et la sécurité des patients.

Les résultats ont été produits sur base des réponses fournies par les hôpitaux soit dans l'application web, soit dans un rapport papier. Les réponses ont été intégrées, en fonction des questions posées, dans un système de classification conçu pour cette analyse.

La limite de cette méthode est que l'analyse des données porte exclusivement sur les informations fournies par les hôpitaux eux-mêmes. Un constat frappant est l'importante disparité entre hôpitaux concernant le niveau de détail des réponses. Certains hôpitaux ont formulé leurs réponses de façon synthétique, alors que d'autres ont transmis une liste exhaustive des éléments demandés, avec en annexe le rapport stratégique ou d'autres documents se rapportant à leur politique. Il s'ensuit que certains hôpitaux n'ont probablement pas signalé des éléments pourtant présents *de facto* au sein de l'hôpital. Le risque de 'sous-rapportage' est une limite de la méthode appliquée et de l'application web. Par ailleurs, le risque de 'sur-rapportage' existe également. Il se peut que certains hôpitaux aient mentionné des éléments ne correspondant pas à la situation réelle au sein de l'hôpital.

Pour le traitement des résultats, en fonction de la question posée et dans certains cas jugés pertinents, une distinction a été pratiquée entre les types d'hôpitaux (aigus, psychiatriques, Sp) et les différentes régions (Flandre, Bruxelles, Wallonie).

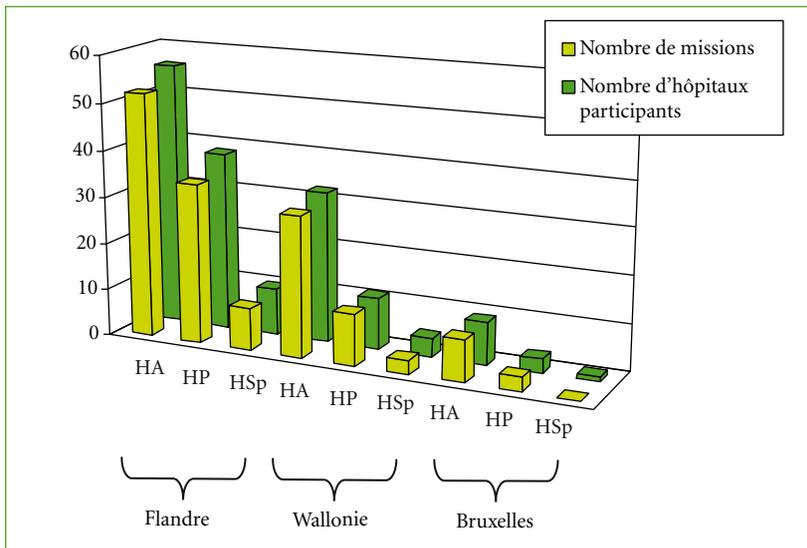
RÉSULTATS

MISSION

1. Missions générales dans les hôpitaux

Par une question fermée, il a été demandé aux hôpitaux s'ils disposaient d'une description de leur mission générale (c'est-à-dire une mission connue de tous les acteurs hospitaliers). 93 % des 164 hôpitaux ont répondu disposer d'une telle mission. Concernant le nombre d'hôpitaux ayant une mission et son contenu, aucune différence notable n'a été constatée, que ce soit pour les différents types d'hôpitaux ou pour les régions.

Graphique 1: nombre d'hôpitaux disposant d'une mission générale par rapport aux hôpitaux participants (n = 164)



2. *Mission concernant la qualité et/ou la sécurité des patients dans les hôpitaux*

Par une question fermée, il a été demandé aux hôpitaux s'ils disposaient d'une mission concernant la qualité et la sécurité des patients. Pour une bonne compréhension de cette question, la formulation correcte d'une mission a été communiquée aux hôpitaux. Une mission bien formulée décrit la raison d'être, le focus et les valeurs d'une organisation. Une mission dit ce que l'organisation fait, quelle est sa tâche essentielle et ce qu'elle représente. Une mission doit également être suffisamment spécifique et refléter les objectifs profonds de l'organisation.

Au total, 93 % des 164 hôpitaux ont répondu disposer d'une telle mission. Une analyse plus poussée des missions présentées en fonction des caractéristiques précitées révèle toutefois que seuls 52 % des hôpitaux disposent d'une 'vraie' mission. On constate également que les missions des hôpitaux comprennent divers éléments qu'ils jugent importants en ce qui concerne la qualité et la sécurité des patients. Certains hôpitaux ont des missions succinctes, centrées sur l'essentiel, alors que d'autres optent pour des missions élaborées

comprenant un grand nombre d'éléments jugés importants pour la qualité et la sécurité des patients.

Une analyse plus détaillée des missions qualité et/ou sécurité des patients montre que des 'valeurs fondamentales', telles que le respect, l'accessibilité et l'intégrité, occupent une place prépondérante. En effet, 85 % des hôpitaux affichent une ou plusieurs valeurs fondamentales. En règle générale, les hôpitaux font moins souvent mention de composantes philosophiques comme, par exemple, la conception des soins dans une optique chrétienne. Seulement 14 % des hôpitaux mettent cet élément en avant dans leur mission. Un autre fait frappant est la faible présence d'aspects se référant à la multidisciplinarité (38 %), à la transmuralité (24 %) et au leadership (8 %). En revanche, des composantes générales faisant référence à la qualité et à la sécurité des patients sont fréquemment citées (79 %). Le tableau 1 reprend les différentes catégories d'éléments (exprimés en pourcentage par rapport au total des hôpitaux participants) repris dans les missions concernant la qualité et/ou la sécurité des patients.

Une liste d'exemples de différents éléments concernant la qualité et/ou la sécurité des patients présents dans les missions est consultable sur www.patient-safety.be (rubrique: contrat 'coordination qualité et sécurité des patients'/rapport 2007-2008).

Tableau 1: composantes des missions concernant la qualité et/ou la sécurité des patients dans les hôpitaux

<i>Composantes</i>	<i>% par rapport au nombre total d'hôpitaux participants (n = 164)</i>
Valeurs fondamentales	85 %
Composantes générales qualité et sécurité des soins	79 %
Orientation vers le client	78 %
Orientation vers le personnel	67 %
Multidisciplinarité	38 %
Transmuralité	24 %
Composantes philosophiques	14 %
Leadership	8 %

3. **Canaux pour communiquer aux patients la mission qualité et/ou sécurité des patients**

Pour la question relative aux canaux utilisés par l'hôpital pour communiquer aux patients la mission qualité et/ou sécurité des patients, il a été demandé aux hôpitaux d'indiquer un ou plusieurs canaux. Les hôpitaux avaient également la possibilité de citer des canaux non repris dans la liste. Les résultats font apparaître que les posters (92 %), le site web (85 %), le journal de l'hôpital (69 %), une brochure d'accueil à l'intention des patients (68 %) et les contacts directs avec les patients (55 %) sont des canaux souvent utilisés pour communiquer aux patients la mission concernant la qualité et/ou la sécurité des patients. Les canaux alternatifs utilisés sont les médias et la presse (regroupés dans la rubrique 'autres'), mais ils ne sont employés que par une minorité d'hôpitaux.

Le tableau 2 fournit un récapitulatif des canaux utilisés.

Tableau 2: canaux utilisés pour communiquer aux patients la mission qualité et/ou sécurité des patients

<i>Canaux</i>	<i>% par rapport au nombre total d'hôpitaux participants (n = 164)</i>
Posters	92 %
Site web	85 %
Journal de l'hôpital	69 %
Brochure d'accueil pour les patients	68 %
Contacts directs avec les patients	55 %
Brochures	41 %
Mailings	10 %
Autres	5 %

4. **Canaux pour communiquer au personnel la mission qualité et/ou sécurité des patients**

Pour la question relative aux canaux utilisés par l'hôpital pour communiquer au personnel la mission qualité et/ou sécurité des patients, il a été demandé aux hôpitaux de cocher un ou plusieurs canaux. Les hôpitaux avaient également la possibilité de citer des canaux non repris dans la liste. Les résultats

démontrent que la brochure d'accueil à l'intention des nouveaux collaborateurs (92 %) est le canal le plus fréquemment utilisé pour communiquer cette mission. D'autres canaux souvent utilisés sont le site web de l'hôpital (85 %), l'intranet (84 %) et le rapport annuel (55 %). 66 % des hôpitaux exploitent les contacts directs avec le personnel pour communiquer leur mission. Des canaux alternatifs pour la communication de la mission (cités dans la rubrique 'autres') sont les symposiums, les workshops et les réunions stratégiques à l'intention des chefs de service (3 % pour l'ensemble).

Le tableau 3 présente un récapitulatif des canaux utilisés pour la communication de cette mission au personnel.

Tableau 3: canaux utilisés pour communiquer au personnel la mission qualité et/ou sécurité des patients

Canaux	% par rapport au nombre total d'hôpitaux participants (n = 164)
Brochure d'accueil pour les nouveaux collaborateurs	92 %
Site web	85 %
Intranet	84 %
Conférences	78 %
Journal de l'hôpital	71 %
Contacts directs avec le personnel	66 %
Journal du personnel	65 %
Rapport annuel	55 %
Mailings	33 %
Autres	3 %

5. Actions visant à promouvoir la mission qualité et/ou sécurité des patients

Il a été demandé aux hôpitaux (via une question ouverte) de citer les actions entreprises au cours de l'année précédente pour promouvoir la mission qualité et/ou sécurité des patients. Comme présenté dans le tableau 4, six catégories de réponses ont été prévues pour cette analyse.

Tableau 4: actions entreprises pour promouvoir la mission qualité et/ou sécurité des patients

<i>Actions entreprises</i>	<i>% par rapport au nombre total d'hôpitaux participants (n = 164)</i>
Organisation de réunions spécifiques	90 %
Communication écrite	75 %
Communication électronique	72 %
Organisation de journées d'information	67 %
Actions spécifiques	66 %
Workshops	55 %

Les résultats montrent que les actions entreprises par les hôpitaux au cours de l'année précédente pour promouvoir la mission qualité et/ou sécurité des patients sont principalement axées sur l'organisation de réunions spécifiques (90 %), de journées d'information (67 %) et sur la communication écrite sous diverses formes (75 %). Le site web et l'intranet sont également utilisés pour cette communication (72 %). La plupart des hôpitaux reprennent sur leur site web des éléments relatifs à leur mission. De même, le manuel de qualité est régulièrement publié sur le site web ou l'intranet en y intégrant la mission qualité et/ou sécurité des patients de l'hôpital. Les hôpitaux mènent également beaucoup d'actions 'créatives' pour présenter leur mission concernant la qualité et/ou la sécurité des patients. Ces actions vont de l'organisation de symposiums spécifiques à la réalisation d'un petit film d'entreprise et jusqu'à l'organisation de concours spécifiques pour, par exemple, couronner le projet le plus 'orienté client'. 66 % des hôpitaux proposent des actions 'créatives' pour promouvoir leur mission. Une liste d'exemples de ce type d'actions est consultable sur www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

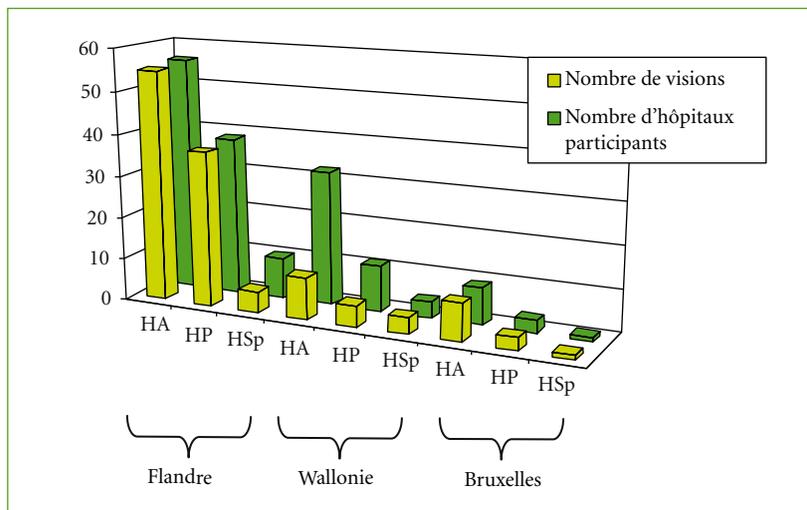
VISION

1. Vision générale

Par une question fermée, il a été demandé aux hôpitaux s'ils disposaient d'une description de leur vision générale (c'est-à-dire une vision connue de tous les acteurs hospitaliers). À cet effet, les caractéristiques d'une vision correctement formulée ont été communiquées aux hôpitaux. La vision d'une organisation

décrit son ambition à long terme. Une vision contient la certitude qu'une organisation sait comment les choses s'organisent et ce qui est souhaitable. Elle contient également un large point de vue qui est formé par ses propres expériences, valeurs, normes, théories et développements sociaux. Une vision identifie les éléments jugés importants dans la politique, et les priorités à cet égard.

Graphique 2: nombre d'hôpitaux disposant d'une vision par rapport aux hôpitaux participants (n = 164)



Au total, 93 % des hôpitaux (n = 164) ont répondu disposer d'une telle vision. Un point important à noter est que 34 % des hôpitaux ont spontanément fait mention de l'utilisation d'un cadre général d'évaluation et d'amélioration de la qualité tel que l'EFQM ou Kwadrant. Ce qui implique que l'hôpital, dans l'élaboration de sa politique, s'inspire et tient compte de différentes dimensions de la qualité des soins.

2. Vision concernant la qualité et/ou la sécurité des patients

Par une question fermée, il a été demandé aux hôpitaux s'ils disposaient d'une vision concernant la qualité et/ou la sécurité des patients. 93 % sur un total de 164 hôpitaux ont répondu disposer d'une telle vision.

En complément, il a été demandé (via une question ouverte) d'énoncer cette vision qualité et/ou sécurité des patients. Les visions ont ensuite été analysées et déclinées en composantes classées sous dix catégories: 1) leadership, 2) professionnalisme, 3) sécurité des patients, 4) réseaux, 5) multidisciplinarité, 6) orientation vers le client, 7) orientation vers le personnel, 8) transmuralité, 9) infrastructure et 10) moyens financiers. La définition de ces catégories est précisée dans le tableau 5.

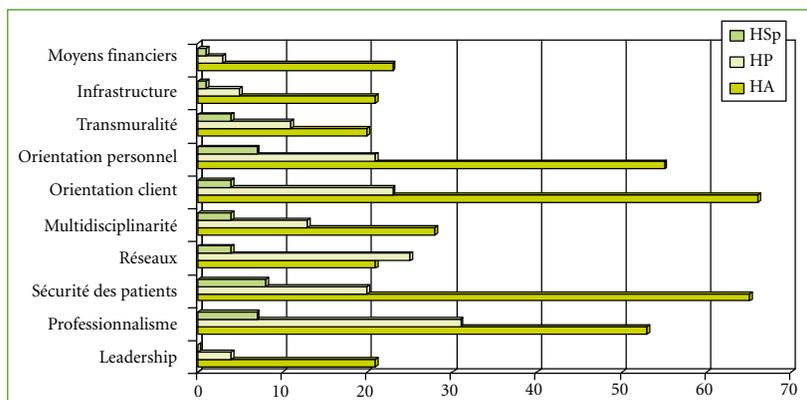
Tableau 5: catégories employées pour l'analyse des composantes de la vision concernant la qualité et/ou la sécurité des patients

<i>Composantes</i>	<i>Explication</i>
Leadership	Se réfère à des aspects de leadership dans la prestation de soins cliniques, la recherche scientifique ou d'autres formes de prestations de services sociaux.
Professionnalisme	Se réfère à des aspects de professionnalisme visant à améliorer la prestation de soins de façon directe ou indirecte.
Sécurité des patients	Se réfère à des aspects de sécurité des patients au sens large du terme.
Réseaux	Se réfère à des aspects de coopération entre hôpitaux ou avec d'autres structures des soins de santé.
Multidisciplinarité	Se réfère à des aspects liés à la collaboration mutuelle et à l'échange d'informations entre différentes disciplines.
Orientation vers le client	Se réfère à des aspects liés à une politique orientée vers le client, incluant la satisfaction des clients.
Orientation vers le personnel	Se réfère à des aspects liés à une bonne gestion du personnel, incluant la rémunération, les conditions de travail et la satisfaction des membres du personnel.

Composantes	Explication
Transmuralité	Se réfère à des aspects de collaboration transmurale entre des prestataires de soins et des organisations actives dans les soins à domicile.
Infrastructure	Se réfère à des aspects liés à une politique d'investissement dans le domaine de l'infrastructure, des locaux et de l'équipement technique.
Moyens financiers	Se réfère à des aspects liés à la rentabilité de l'hôpital et à l'allocation efficiente des ressources.

Dans le graphique 3, les composantes de la vision décrite par les hôpitaux concernant la qualité et/ou la sécurité des patients sont présentées selon le type d'hôpital.

Graphique 3: composantes de la vision qualité et/ou sécurité des patients selon le type d'hôpital (n = 164)



Lors de l'analyse des composantes des visions énoncées par les hôpitaux (les trois types ensemble), il est frappant de noter que seulement 15 % des hôpitaux citent la composante *leadership*. Les autres dimensions les moins fréquentes sont les réseaux (30 %), la transmuralité (21 %), l'infrastructure (16 %) et les moyens financiers (16 %). Les dimensions les plus souvent évoquées sont l'orientation vers le personnel (51 %), le professionnalisme (55 %) et l'orien-

tation vers le client (57 %). On observe toutefois que seulement 57 % des hôpitaux citent la composante ‘sécurité des patients’. Comparativement, les hôpitaux Sp citent moins souvent la composante ‘sécurité des patients’ (38 %) que les hôpitaux généraux (67 %) et les hôpitaux psychiatriques (53 %).

Une analyse détaillée des différentes composantes de la vision qualité et/ou sécurité des patients montre de grandes disparités entre hôpitaux en ce qui concerne le nombre de catégories et le contenu concret qui y est apporté. Seulement 15 % des hôpitaux apportent un contenu concret dans l’ensemble des dix catégories. Le nombre d’éléments cités dans les différentes catégories varie également fortement d’un hôpital à l’autre, allant de quelques-uns jusqu’à 14 éléments.

Une liste d’exemples de ces éléments est consultable sur www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

OBJECTIFS

1. Objectifs stratégiques dans les hôpitaux

Par une question fermée, il a été demandé aux hôpitaux s’ils disposaient d’objectifs stratégiques concernant la qualité et la sécurité des patients. À cet effet, les hôpitaux ont été informés de ce que signifient ‘des objectifs correctement formulés’. À l’aide d’un objectif, l’organisation indique ce qu’elle veut obtenir, ce qu’elle veut réaliser, quels résultats elle veut obtenir. Les objectifs stratégiques sont des objectifs à long terme. Les objectifs opérationnels sont des objectifs à court terme et, idéalement, sont formulés selon la technique ‘SMART’ (Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réalisable et déterminé dans le Temps).

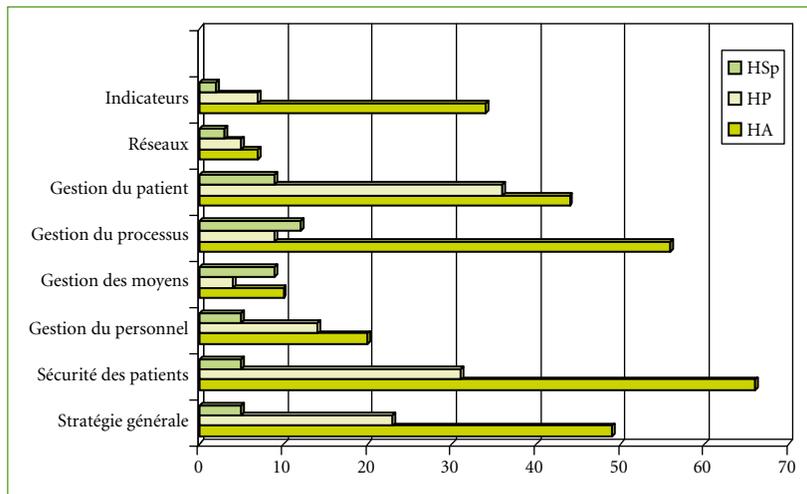
Le nombre d’hôpitaux affirmant disposer d’objectifs stratégiques atteint 98 % des 164 hôpitaux participants.

2. Objectifs opérationnels dans les hôpitaux

Les objectifs opérationnels sont des objectifs à court terme, généralement annuels. Le pourcentage d’hôpitaux déclarant disposer d’objectifs opérationnels atteint 94 % sur un total de 164 hôpitaux. Le nombre d’objectifs opérationnels par hôpital est toutefois fort variable, s’échelonnant de 4 à 36.

3. Composantes des objectifs opérationnels

Graphique 4: composantes des objectifs opérationnels selon le type d'hôpital (n = 164)



Lors de l'analyse des composantes des objectifs opérationnels cités par les hôpitaux, il est frappant de noter que seulement 62 % des hôpitaux présentent la sécurité des patients comme objectif opérationnel à atteindre. De même, des aspects de 'gestion des processus' ne sont cités que par 47 % des hôpitaux. Stratégie et politique générales, gestion des patients, du personnel et des moyens et réseaux sont des éléments cités par respectivement 47 %, 54 %, 39 %, 14 % et 9 % des hôpitaux. Il est frappant que l'utilisation d'indicateurs ne soit citée que par 26 % des hôpitaux.

Un autre point marquant est que peu d'hôpitaux expriment leurs objectifs en termes quantifiables et mesurables. Souvent les objectifs sont formulés en termes d'actions à mener, sans cadre temporel. On remarque également que plusieurs objectifs sont formulés de façon insuffisamment spécifique.

En conclusion générale, nous notons que la majorité des hôpitaux déclare disposer d'une mission, d'une vision et d'objectifs stratégiques/opérationnels. Les concepts de mission, vision et objectifs stratégiques/opérationnels sont toutefois utilisés sans discernement par la plupart des hôpitaux. Ceux-ci n'établissent pas de lien explicite entre leur mission, leur vision et leurs objec-

tifs stratégiques. La mission 'qualité et sécurité des patients' est, dans la majorité des hôpitaux, identique à leur mission générale ou inhérente à celle-ci, et seulement la moitié des hôpitaux dispose d'une 'vraie' mission répondant à des critères cohérents. Un fait frappant est que seulement un tiers des hôpitaux utilise des cadres généraux d'évaluation et d'amélioration de la qualité.

Les hôpitaux communiquent leur mission et leur vision à leurs patients et à leur personnel via divers canaux. Ils proposent de nombreuses actions créatives pour diffuser leur mission et leur vision auprès de leurs patients et de leur personnel.

Les objectifs opérationnels varient fortement en nombre et en contenu selon l'hôpital.

Une standardisation et une harmonisation du concept de 'qualité et sécurité des patients' dans les hôpitaux s'imposent vu les interprétations différentes rencontrées actuellement. Cette standardisation doit tenir compte de la spécificité de l'hôpital et de sa patientèle.

CHAPITRE 2. STRUCTURES QUALITÉ ET FONCTIONS DES MEMBRES

Conclusions clés

- Les hôpitaux participants utilisent différents canaux pour diffuser l'organigramme de leur institution.
- Les comités les plus fréquemment cités sont le comité de qualité (40 %), le comité de direction (28 %) et le comité de sécurité des patients (26 %).
- La majorité des hôpitaux (66 %) a, au maximum, un équivalent temps plein consacré à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients.
- La majorité des hôpitaux (54 %) a créé un comité de sécurité des patients en 2008. Aucune différence par type d'hôpital et par région n'a pu être constatée.
- Les comités de sécurité des patients sont composés majoritairement de cinq à neuf personnes dans 46 % des hôpitaux et de 10 à 14 personnes dans 32 % des hôpitaux. Nous notons que pour 12 % des hôpitaux, les comités de sécurité des patients sont composés de quatre personnes au maximum.
- Les directions (générale, médicale, infirmière, ...) s'impliquent fréquemment (90 %) dans les comités de sécurité des patients. Les médecins-chefs sont présents dans seulement 45 % de ces comités. Le même taux de participation est constaté pour les médecins.
- Les hôpitaux disposent d'une vision précise des tâches relevant de la responsabilité du comité de la sécurité des patients. Celles-ci sont variées, nombreuses et pertinentes. Elles touchent des aspects politiques et stratégiques, opérationnels, communicationnels, administratifs, humains et culturels.

-
- 95 % des hôpitaux placent le thème de la qualité et de la sécurité des patients à l'ordre du jour du conseil d'administration et 94 % à l'ordre du jour du comité de direction. Cependant, ce thème est plus fréquemment abordé au comité de direction (score le plus fréquent: une fois par mois) qu'au conseil d'administration (score le plus fréquent: une fois par an).

INTRODUCTION

Ce chapitre présente les structures qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux participants au contrat ainsi que les fonctions des membres composant celles-ci.

Dans un premier temps, nous aborderons l'organigramme des institutions ainsi que canaux utilisés pour diffuser ce dernier.

Ensuite, les personnes ou comités œuvrant à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients seront identifiés, et le temps de travail consacré à cette mission sera analysé en considérant la taille de l'institution.

Dans un troisième temps nous découvrirons l'ancienneté des comités de sécurité des patients, leur composition détaillée, leur taille et les tâches accomplies par ceux-ci.

Enfin, nous vérifierons si le thème de la qualité et de la sécurité des patients est bien abordé lors des conseil d'administration et comité de direction.

MÉTHODOLOGIE

Les hôpitaux ont dû répondre aux huit questions suivantes:

- Reprenez dans un organigramme les différentes structures ainsi que les fonctions de leurs membres.
- Quels sont les canaux utilisés pour diffuser l'organigramme à tous les collaborateurs de l'hôpital?
- Quelles sont les personnes qui s'occupent de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients dans l'hôpital?
- Quel est le temps de travail (en ETP) consacré par cette/ces personne(s) à la coordination de qualité et sécurité des patients?
- Y a-t-il déjà un comité pour la sécurité des patients dans l'hôpital?
 - Si oui, depuis quand existe-t-il?
 - Si non, quand sera-t-il constitué?
- Décrivez la composition du comité pour la sécurité des patients.

- Décrivez les tâches du comité pour la sécurité des patients.
- Est-ce que le thème qualité et sécurité des patients est mis à l'ordre du jour du comité de direction et du conseil d'administration? Si oui, à quelle fréquence?

Les questions traitant des structures qualité et des fonctions des membres sont donc de trois types:

- 1) Questions fermées: ce type de question n'autorise qu'un choix de réponses limité. Cependant, un espace libre permettait parfois le développement de précisions. Les questions fermées ont pu être traitées à l'aide d'outils descriptifs d'analyse quantitative (moyenne, médiane, tableau de fréquences et histogramme).
- 2) Questions ouvertes requérant une réponse précise (par exemple: depuis combien de temps existe le comité de sécurité des patients?): ce type de question exige des réponses courtes et précises qui ont également pu être traitées par des outils descriptifs d'analyse quantitative.
- 3) Questions ouvertes: ce type de question requiert une description sous forme de texte libre. Elles ont été traitées par le biais d'analyses catégorielles.

En outre, l'organigramme des hôpitaux participants a été demandé. Ce dernier a facilité notre compréhension des structures qualité présentées par les institutions.

Cependant, une analyse de contenu nous a semblé peu pertinente et faisable vu la complexité et les grandes variations constatées au sein de ces organigrammes.

L'encodage des données a été réalisé en binôme: une personne néerlandophone encodant les données des hôpitaux néerlandophones et une personne francophone faisant de même pour les données des hôpitaux francophones. Les données furent alors regroupées et traitées ensemble. Afin de repérer d'éventuelles différences, les résultats ont été analysés par type d'hôpital (aigu, psychiatrique et Sp) et par région (Wallonie, Flandre et Bruxelles). Lorsque des différences sont toutefois relevées, elles vous sont annoncées dans le texte.

Précisons encore que les pourcentages issus des analyses quantitatives ont été calculés avec un dénominateur correspondant toujours au nombre d'hôpitaux ayant répondu à la question. Lorsqu'une réponse incomplète ou imprécise était constatée, elle a été intégrée aux résultats de la catégorie 'imprécis'.

Notons encore que plusieurs limites ont été rencontrées lors de l'analyse des résultats.

Une première limite est en lien avec la possibilité de divergence dans l'interprétation des questions. En effet, certaines questions ouvertes ont été interprétées différemment par les hôpitaux et les réponses en découlant ont, de ce fait, été difficiles à évaluer. Nous pensons, par exemple, à la question envisageant la description des personnes assurant la coordination de la qualité et de la sécurité des patients à l'hôpital. Certains hôpitaux ont répondu qu'il s'agissait d'un comité, d'autres ont listé tous les membres du comité responsable, d'autres encore ont cité seulement la personne responsable de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients.

Lorsque les fonctions furent demandées, nous avons été confrontés à une multitude de dénominations différentes qu'il a fallu regrouper au mieux. De plus, une difficulté rencontrée était d'identifier les équivalences de fonctions lors de la compilation des données francophones et néerlandophones.

Une autre limite à pointer se rapporte au nombre restreint d'hôpitaux participants de type Sp (quatre en Wallonie, un à Bruxelles et dix en Flandre). Il fut en effet difficile de juger des différences significatives par rapport aux deux autres types d'hôpitaux.

Quelques hôpitaux ont répondu au questionnaire de manière très évasive en passant de nombreuses questions. Ce manque d'information représente aussi une limite à l'obtention d'une image globale de la situation des hôpitaux participants.

Une dernière limite à signaler concerne la question portant sur la présence du thème de la sécurité des patients à l'ordre du jour du conseil d'administration. Celle-ci fut omise par 14 hôpitaux, soit 8,5 % des hôpitaux participants, ce qui nous laisse penser que le pourcentage de réponses négatives à cette question est sous-estimé.

RÉSULTATS

1. Organigramme

Les organigrammes proposés par les hôpitaux ont été très divers quant à la forme et au contenu. Certains se présentaient très sommairement, remplissant tout au plus une page ou, à l'opposé, de façon très détaillée, faisant alors émerger toute la complexité de l'organisation.

Vu les grandes variations constatées, l'analyse de leur contenu ne nous a pas semblé pertinente ni réalisable bien que leur présence ait été très utile à la compréhension des structures qualité et sécurité des patients.

Les canaux utilisés pour diffuser l'organigramme au sein de l'institution sont listés par ordre décroissant de fréquence dans le tableau 1.

Quatre hôpitaux n'ont pas répondu à cette question et n'ont, par conséquent, pas été pris en compte. Les quatre autres hôpitaux ayant signalé que les modalités de diffusion de l'organigramme restaient encore à définir, n'ont pas été exclus des analyses et ont été répertoriés dans la catégorie 'autres'.

Nous constatons que les hôpitaux utilisent en moyenne quatre canaux de diffusion de l'organigramme.

Parmi les 160 hôpitaux ayant répondu à la question, l'intranet (n = 122), la brochure d'accueil des nouveaux engagés (n = 110) et les contacts directs avec le personnel (n = 94) sont les trois canaux privilégiés pour diffuser l'organigramme.

Les conférences (n = 60), les rapports annuels (n = 54), le site web (n = 44) et le journal du personnel (n = 39) sont également fréquemment cités par les hôpitaux comme canaux de diffusion de l'organigramme.

La catégorie 'autres' regroupe les autres moyens de diffusion exploités par les hôpitaux. Les réunions d'équipe ou de cadre (n = 16), la journée d'informations pour les nouveaux engagés (n = 12) et le manuel traitant de la qualité (n = 11) constituent un trio de tête au sein de cette catégorie. Précisons que le manuel de qualité ne fut cité que par des hôpitaux néerlandophones. Pour rappel, les hôpitaux flamands sont chargés de la conception d'un tel ouvrage conformément aux directives du décret qualité instauré par le gouvernement flamand en 1997.

Tableau 1: canaux utilisés pour diffuser l'organigramme (n = 160)

<i>Canaux utilisés</i>	<i>%</i>	<i>n</i>
Intranet	76 %	122
Brochure d'accueil pour les nouveaux engagés	69 %	110
Contacts directs avec le personnel	59 %	94
Autres	46 %	74
Conférences	38 %	60
Rapports annuels	34 %	54
Site web	27 %	43
Journal du personnel	24 %	39
Mailings	17 %	27
Journal de l'hôpital	14 %	23

2. Personnes s'occupant de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients

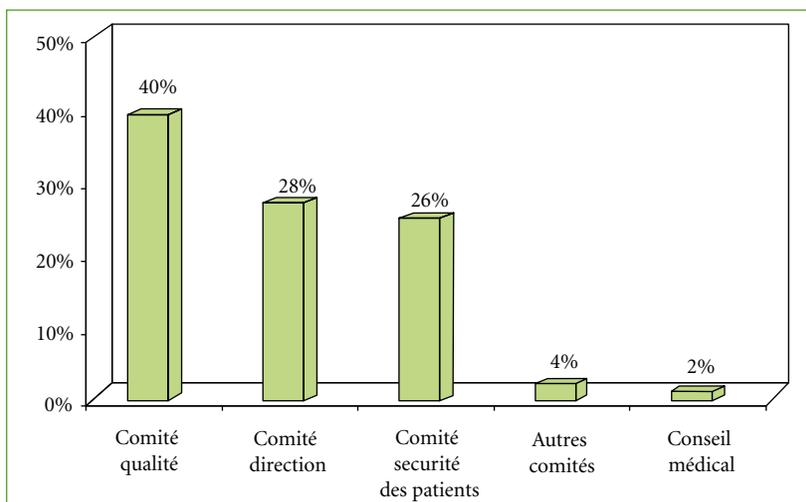
Nous avons demandé aux hôpitaux de présenter les personnes s'occupant de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients dans l'hôpital. 159 hôpitaux ont répondu à cette question, quatre hôpitaux aigus se sont abstenus et un hôpital a déclaré ne pas avoir de comité de qualité ou de personne en charge de la coordination de celle-ci.

Les hôpitaux ont répondu à cette question de deux manières distinctes:

- 1) soit l'hôpital identifiait le comité chargé de la coordination de la qualité (pour 31 % des hôpitaux répondants, n = 50) (voir graphique 1);
- 2) soit l'hôpital nommait la ou les personnes ayant les attributions précitées dans l'institution (pour 69 % des hôpitaux répondants, n = 109). Plusieurs hôpitaux ont très probablement cité tous les membres du comité au lieu de la personne responsable de la coordination de la qualité (voir graphique 2).

En ce qui concerne le premier mode de réponses, les comités les plus fréquemment cités sont le comité de qualité (n = 20), le comité de direction (n = 14) et comité de sécurité des patients (n = 13).

Graphique 1: comité en charge de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients (n = 50)

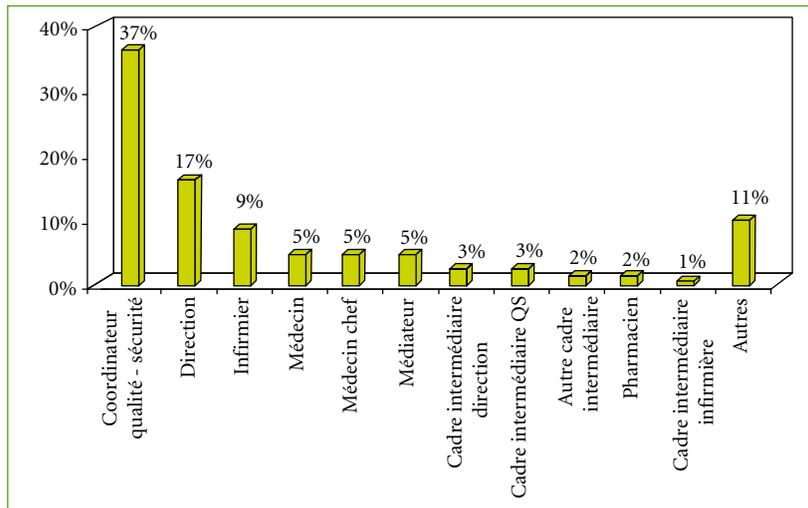


Le second mode de réponses s'intéressait aux personnes chargées de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients. Dans la plupart de ces 109 hôpitaux, plusieurs personnes s'en sont chargées. De ce fait, au total, 321 fonctions ont été citées par ceux-ci.

Les trois fonctions les plus fréquemment renseignées sont le coordinateur qualité et/ou sécurité (n = 118) (coordinateur qualité, qualiticien,...), la direction (générale, médicale, infirmière, ...) (n = 54) et les infirmiers (infirmiers, infirmiers-chef, ...) (n = 30). Ce n'est qu'en quatrième et cinquième positions que nous retrouvons les médecins (n = 17) et médecins-chefs (n = 17).

La catégorie 'autres' (n = 34) comprend les fonctions n'ayant été citées qu'une seule fois (par exemple: coordinateur itinéraires clinique, gestionnaire de données, psychologue, ...).

Graphique 2: fonctions des personnes chargées de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients (n = 321)



3. Temps de travail en équivalent temps plein consacré à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients

Nous avons demandé aux hôpitaux d'estimer le temps de travail en équivalent temps plein (ETP) consacré à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients. 154 hôpitaux ont répondu à cette question. Dans la catégorie 'impré-

ci's nous retrouvons cinq hôpitaux ayant répondu de manière imprécise (par exemple: selon les besoins, quelques heures par semaine, ...).

Le graphique 3 nous apprend que le temps de travail consacré à la coordination de la qualité, pour tous types d'hôpitaux confondus, suit une asymétrie positive. En effet, la majorité des hôpitaux (n = 102, 66 %) a, au maximum, un équivalent temps plein consacré à la coordination de la qualité. Seulement neuf hôpitaux signalent que plus de 3 ETP se consacrent à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients.

Dans le tableau 2 nous constatons que, de manière générale, plus le nombre de lits augmente, plus les pourcentages se déplacent vers la droite du tableau, à savoir vers un temps de travail consacré à la coordination de la qualité plus important. De ce fait, les institutions entre 400 et 799 lits agréés disent consacrer plus fréquemment entre 0,5 et 1 ETP pour la coordination de la qualité que les plus petites institutions. Ces derniers se permettant un 0,5 ETP ou moins.

Nous constatons que les hôpitaux Sp présentent des pourcentages plus importants dans la catégorie '0 - <0,5', probablement du fait que ces institutions sont en moyenne de plus petite taille que les deux autres types d'institution.

Graphique 3: temps de travail en ETP consacré à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients en fonction du nombre de lits agréés (n = 154)

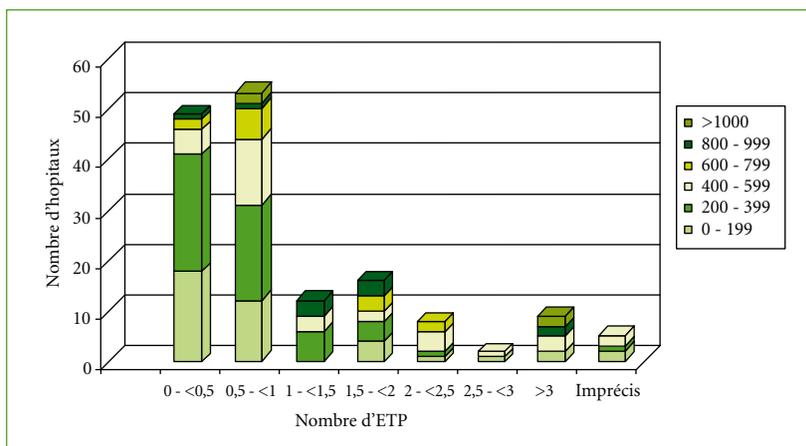


Tableau 2: temps de travail en ETP consacré à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients en fonction du nombre de lits agréés (n = 154)

Nombre de lits	Nombre d'ETP								Imprécis	Total (n)	Total (%)	Sans réponse
	0 - <0,5	0,5 - <1	1 - <1,5	1,5 - <2	2 - <2,5	2,5 - <3	>3					
0 – 199	45 %	30 %	0 %	10 %	3 %	3 %	5 %	5 %	40	100 %	4	
200 – 399	43 %	35 %	11 %	7 %	2 %	0 %	0 %	2 %	54	100 %	3	
400 – 599	15 %	39 %	9 %	6 %	12 %	3 %	9 %	6 %	33	100 %	2	
600 – 799	15 %	46 %	0 %	23 %	15 %	0 %	0 %	0 %	13	100 %	1	
800 – 999	10 %	10 %	30 %	30 %	0 %	0 %	20 %	0 %	10	100 %	0	
>1000	0 %	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	4	100 %	0	
Total (n)	49	53	12	16	8	2	9	5	154		10	
Total (%)	32 %	34 %	8 %	10 %	5 %	1 %	6 %	3 %		100 %		

Néanmoins, les institutions désignant plus de 3 ETP pour la coordination de la qualité ne sont pas exclusivement des institutions de plus de 800 lits (voir tableau 3). En effet, deux hôpitaux de moins de 199 lits et trois hôpitaux ayant entre 400 et 599 lits déclarent consacrer plus de 3 ETP à la coordination de la qualité.

Tableau 3: hôpitaux consacrant > 3 ETP à la coordination de la qualité et de la sécurité des patients en fonction du nombre de lits agréés (n = 9)

Nombre de lits	0 – 199	200 – 399	400 – 599	600 – 799	800 – 999	>1000	Total
> 3 ETP	2	0	3	0	2	2	9

4. Présence d'un comité de sécurité des patients

Le graphique 4 présente l'ancienneté des comités de sécurité des patients en place et la prévision d'inauguration pour les hôpitaux n'ayant pas encore constitué de comité. 162 hôpitaux ont répondu à cette question.

La majorité des hôpitaux (n = 87, 54 %) ont créé leur comité de sécurité des patients en 2008. Dix-neuf d'entre eux n'avaient pas encore mis en place leur comité lors de la remise du rapport (au 30 juin 2008) mais prévoyaient de le

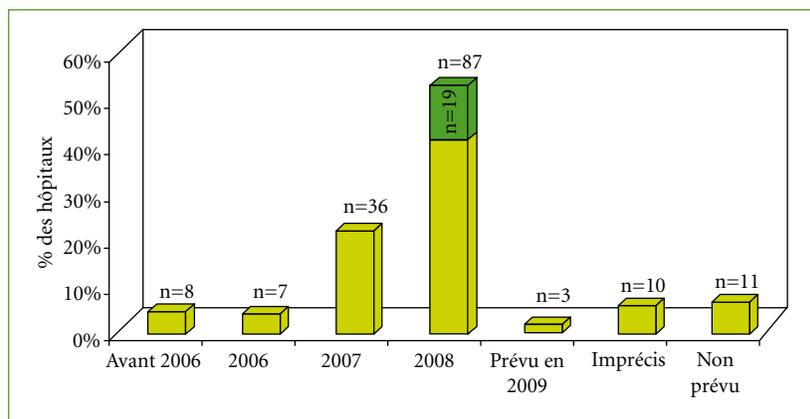
faire encore en 2008. Cinquante et un hôpitaux (31 %) ont un comité de sécurité des patients plus ancien, dont la majorité mis en place en 2007, et 10 hôpitaux (6 %) ont un comité mais n'ont pas précisé la date de mise en place.

Le projet de constitution d'un comité pour 2009 concerne 2 % des hôpitaux (n = 3) et 7 % n'ont pas prévu sa création (n = 11).

Donc, au moment de la remise du rapport, sur les 162 hôpitaux ayant répondu à la question, 129 avaient un comité de sécurité des patients et 33 n'en avaient pas encore.

Ces résultats peuvent nous laisser penser que le contrat 'coordination qualité et sécurité des patients 2007-2008' est probablement un élément déclencheur dans la constitution de ce comité.

Graphique 4: année de mise en place des comités de sécurité des patients (n = 162)



5. Composition du comité de sécurité des patients

Les résultats présentés dans le graphique 5 et le tableau 4 ne concernent que les hôpitaux (n = 121) ayant détaillé la composition de leur comité de sécurité des patients et dont l'ancienneté est antérieure à la date de remise du rapport (30 juin 2008).

Concrètement, les résultats ne prennent pas en compte trois hôpitaux ayant occulté la question, 33 hôpitaux qui n'avaient pas encore de comité lors de la remise de leur rapport et sept hôpitaux ayant affirmé avoir un comité de sé-

curité des patients sans l'avoir décrit. Ces hôpitaux ont été exclus des analyses vu que nous n'avions pas de données à traiter les concernant.

Nous constatons que les directions (générale, médicale, infirmière, ...) s'impliquent fréquemment (n = 109) dans les comités de sécurité des patients. Dans moins de 50 % des hôpitaux, le médecin-chef (n = 54) et un médecin (n = 54) participent aux travaux du comité de sécurité des patients.

Dans de nombreux hôpitaux (n = 98 soit 81 %), une ou plusieurs personnes ayant une fonction qualité (coordinateur qualité, qualityicien, ...) assistent au comité de sécurité des patients.

D'autre part, les infirmiers (infirmier, infirmier-chef, ...) (n = 63 soit 52 %) y jouent également un rôle important tout comme les pharmaciens (n = 53 soit 44 %).

D'autres professions, comme des médiateurs (n = 22 soit 18 %) ou des cadres intermédiaires infirmiers (n = 15 soit 12 %), peuvent également y intervenir.

Pour plus de détails sur la composition des comités, veuillez consulter la liste exhaustive des professions représentées dans les comités de sécurité des patients. Le graphique 5 reprend les professions citées plus d'une fois et le tableau 4 détaille la catégorie 'autres' qui ne reprend que les professions ayant été citées qu'une seule fois.

Par ailleurs, 9 % des hôpitaux ont répondu qu'une personne 'ad hoc' participe aux activités du comité de sécurité des patients. Ce libellé ne nous permet pas de le classer dans une fonction spécifique.

Au vu des résultats, nous constatons que les comités de sécurité des patients sont multidisciplinaires et soutenus par les membres de la direction (90 %) et, dans seulement 45 % des hôpitaux, par les médecins-chefs.

Graphique 5: personnes participant au comité de sécurité des patients (n = 121)

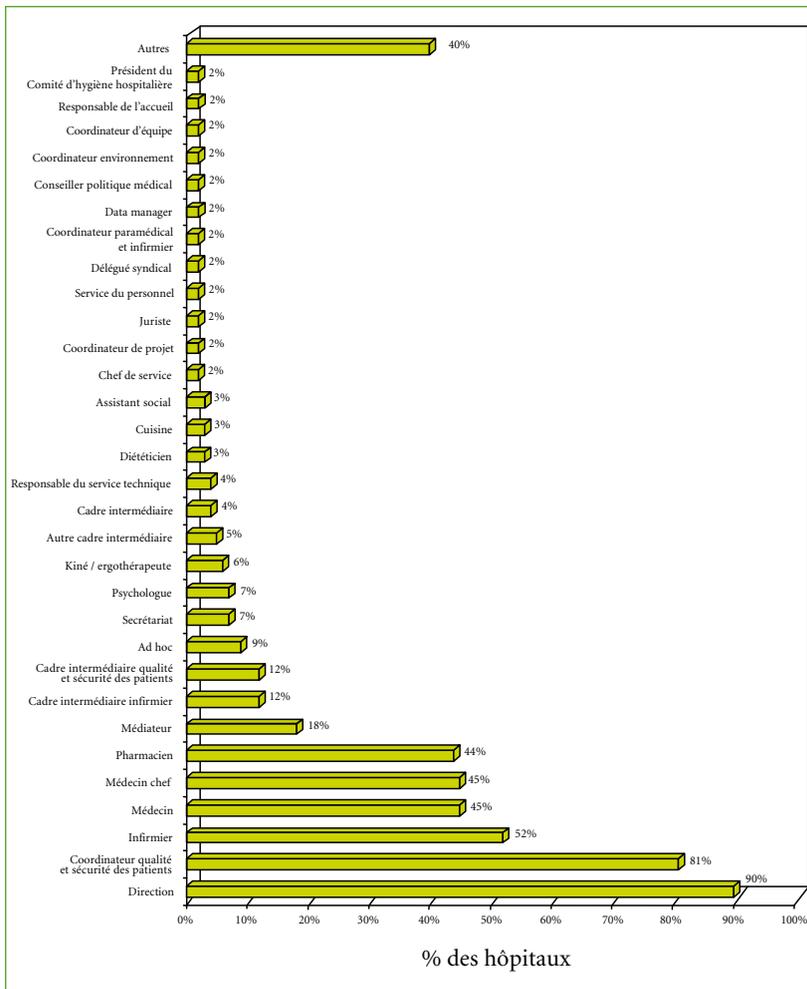


Tableau 4: personnes participant au comité de sécurité des patients: détails de la catégorie 'autres' (avec une seule occurrence) (n = 121)

Responsable blanchisserie et entretien	Chef de service médical, technique et ambulatoire
Responsable communication	Chef de service des soins au patient
Responsable laboratoire	Chef du service technique
Responsable du résumé hospitalier minimum	Chef du département administratif
Responsable des soins aux patients	Chef de service général
Responsable du service personnel	Chef du nettoyage et hygiène
Responsable de la banque de sang	Chef du service social
Responsable de l'information médicale	Chef responsable des soins aigus
Représentant du département administratif	Chef responsable de la section hospitalisation fermée
Représentant laboratoire	Chef responsable des soins chroniques
Représentant du personnel	Gestionnaire de l'information stratégique
Représentant du département technique	Gestionnaire de l'imagerie médicale
Représentant de la banque de sang	Gestionnaire hospitalisation
Représentant des différents sites	Service anesthésie
Représentant paramédical	Service technique médical
Représentant du service social	Service technique
Représentant assurance	Employé
Président audit médical	Comptable
Président du comité médico-pharmaceutique	ICT
Coordinateur de la section de crise	Laboratoire de biologie clinique
Coordinateur itinéraires cliniques	Collaborateur accompagnement des patients
Coordinateur revalidation	Psychomotricien
Coordinateur médical	Cadre intermédiaire médecin-chef
Chef du service de soins intensifs	Membre d'un comité de soins

6. Taille du comité de sécurité des patients

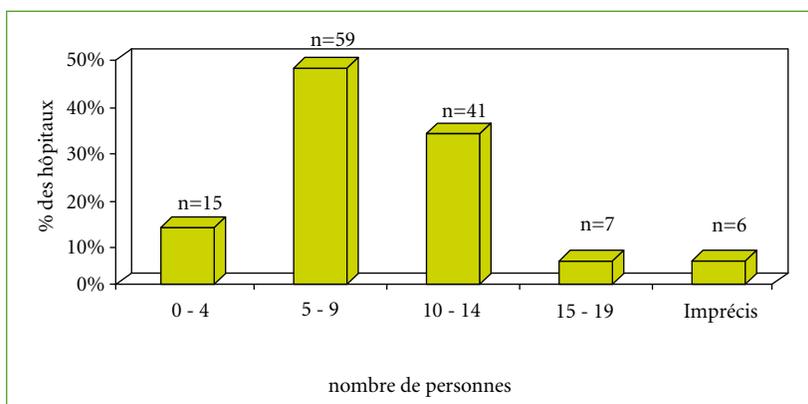
Le graphique 6 présente le nombre de personnes faisant partie du comité de sécurité des patients. 128 hôpitaux ont répondu à cette question, trois hôpitaux ont occulté la question et 33 hôpitaux n'avaient pas encore de comité lors de la remise de leur rapport.

Ce total de 128 hôpitaux comprend donc les 121 hôpitaux ayant détaillé la composition de leur comité de sécurité des patients et sept hôpitaux ayant mentionné la taille de leur comité de sécurité des patients sans en détailler les membres le composant.

Ces comités sont composés majoritairement de cinq à neuf personnes dans 46 % des hôpitaux et de 10 à 14 personnes dans 32 % des hôpitaux. Nous notons que pour 12 % des hôpitaux, les comités de sécurité des patients sont composés de quatre personnes au maximum. La taille moyenne des comités de sécurité des patients est de huit personnes, le plus petit comité étant composé de deux personnes et le plus grand de 19 personnes.

Aucune différence n'a pu être constatée en fonction de la région ou du type d'hôpital.

Graphique 6: nombre de personnes composant les comités de sécurité des patients (n = 128)



7. Tâches du comité de la sécurité des patients

Les résultats présentés concernent 128 hôpitaux, trois hôpitaux ayant passé la question et 33 hôpitaux n'ayant pas de comité de sécurité des patients à la date de remise du rapport (30 juin 2008).

En vue d'analyser les tâches assurées par le comité de la sécurité des patients, les résultats ont été classés dans les 10 catégories suivantes:

- Stratégie qualité et sécurité des patients
- Démarche qualité et sécurité des patients
- Organigramme
- Ressources humaines
- Indicateurs
- Projets
- Culture de sécurité des patients
- Rapportage des incidents et presque incidents
- Communication
- Contrat 'coordination qualité et sécurité des patients' et décret qualité flamand

Chaque catégorie de tâches est envisagée ci-dessous: on peut y trouver le détail des tâches communiquées par les hôpitaux dont ils considèrent qu'elles sont de la responsabilité du comité de sécurité des patients.

Le nombre total de tâches mentionnées par les hôpitaux s'élève à 551, correspondant à, en moyenne, quatre tâches différentes par comité de la sécurité des patients.

Catégorie 1: stratégie qualité et sécurité des patients

Une première tâche du comité de sécurité des patients consiste en la définition de la stratégie, de la politique (n = 32) et des priorités (n = 6) en termes de qualité et de sécurité des patients. Il peut ensuite formuler des conseils au comité de direction (n = 12). Certains comités de sécurité des patients envisagent même des propositions de plans d'actions et de mise en œuvre de ces stratégies (n = 18).

Le comité de sécurité des patients doit également œuvrer à la détermination de la vision et de la mission (n = 11), de même qu'à la fixation des objectifs (n = 8) en matière de qualité et de sécurité des patients.

Catégorie 2: démarche qualité et sécurité des patients

Une seconde catégorie de tâches, plus opérationnelles, touche à la démarche qualité et sécurité des patients. Le comité de sécurité des patients est amené à coordonner l'implémentation des activités en lien avec la qualité et la sécurité des patients en vue d'optimiser la démarche (n = 32). Il apporte également la méthodologie adéquate dans cette optique (n = 3).

Le comité de sécurité des patients est en charge de l'évaluation du fonctionnement de l'hôpital en matière de qualité et de sécurité des patients (n = 5). Il doit améliorer les procédures et protocoles (n = 5) et, dans une optique préventive, inventorier et évaluer les risques (n = 11).

Le comité de sécurité des patients est le garant de la réalisation de la politique et de la stratégie en matière de qualité et de sécurité des patients (n = 8). Afin de réaliser cet objectif, différentes tâches et responsabilités liées à la démarche qualité et sécurité des patients lui sont assignées. En effet, il doit coordonner la mise en œuvre des plans d'actions (n = 10). Il visera également à favoriser les nouvelles initiatives (n = 5) et à accompagner les équipes dans leur parcours (échancier, stimulation, soutien, ...) (n = 13).

Enfin, le comité de sécurité des patients évalue le degré d'atteinte des objectifs (évaluation des résultats) (n = 3) et corrige les actions si nécessaire (n = 2).

Catégorie 3: organigramme

Le comité de sécurité des patients est également responsable de la définition de l'organigramme et de son adaptation (n = 4).

Catégorie 4: ressources humaines

Le comité de sécurité des patients gère les ressources humaines mises à disposition pour les activités en lien avec la qualité et la sécurité des patients (recrutement si nécessaire, constitution des groupes de travail en fonction des projets, ...) (n = 11).

Parmi ses attributions figure l'organisation de formations et de symposiums sur la thématique de la qualité et de la sécurité des patients (n = 13).

Catégorie 5: indicateurs

Le comité de sécurité des patients analyse les informations intéressantes issues, par exemple, du rapport 'Feedback multidimensionnel pour les hôpitaux', du rapport d'hygiène hospitalière, du rapport 'Feedback des patient safety indicators', des enquêtes de satisfaction des patients ou des enregistrements des plaintes (n = 20).

Le comité de sécurité des patients détermine, suit et analyse des indicateurs objectifs (ou des tableaux de bord) en lien avec la démarche qualité et sécurité des patients (n = 15).

Il réalise aussi l'enregistrement (par exemple dans Navigator) des indicateurs qualité et sécurité des patients (n = 1).

Catégorie 6: projets

Dans cette catégorie, les tâches du comité de sécurité des patients peuvent être scindées en trois parties. Tout d'abord la coordination, la supervision et l'analyse des projets qualité et sécurité des patients (n = 31), ensuite la détermination des projets qualité et sécurité des patients à développer (n = 14) et, finalement, l'inventaire des projets qualité et sécurité des patients existants (n = 3).

Catégorie 7: culture de sécurité des patients

Le comité de sécurité des patients est également chargé de diffuser l'enquête de mesure de la culture de sécurité des patients (n = 18). Les résultats qui en découlent sont alors analysés (n = 16) et des actions d'amélioration à mettre en œuvre sont déterminées (n = 11). Le comité se charge également de transmettre l'information à la direction (n = 2) et à l'ensemble du personnel (n = 1).

De manière plus générale, le comité de sécurité des patients doit améliorer la culture de sécurité des patients de l'hôpital, par exemple en veillant au climat positif (n = 12).

Catégorie 8: rapportage des incidents et presqu'incidents

En terme d'incidents et presqu'incidents, le comité de sécurité des patients se charge, dans un premier temps, de développer et d'opérationnaliser un système de rapportage et d'analyse des incidents et presqu'incidents (n = 30). Ce système sera ensuite testé et modifié si nécessaire. Le comité de sécurité

des patients détermine également les modalités de déclaration vis-à-vis du rapporteur (n = 1).

Une fois le système mis en place, le comité de sécurité des patients procède au rapportage des incidents et presque incidents (n = 25). Ensuite, les membres du comité entament une analyse de ces incidents et presque incidents (réflexion sur les causes, les solutions, les recommandations et les mesures d'amélioration) (n = 37).

Les résultats de ces analyses sont communiqués aux membres du personnel afin de s'enrichir des expériences d'autrui (n=11). Le comité formule également des recommandations au comité de direction (n=4).

Le comité de sécurité des patients sensibilise les collaborateurs à l'importance de communiquer les incidents et presque incidents et de suivre correctement les mesures d'amélioration découlant du traitement des résultats (n=3).

Catégorie 9: communication

Le comité de sécurité des patients détient aussi un rôle en termes de communication et de diffusion de l'information *intra* et *extramuros*. Il informe et sensibilise le personnel à la notion de sécurité des patients et à la gestion des risques (y compris les nouveaux collaborateurs) (n = 21).

Le comité de sécurité des patients joue le rôle de contact pour l'organisation concernant la qualité et la sécurité des patients (n = 3). Il veille à offrir une image positive à l'extérieur de l'institution en matière de qualité et de sécurité des patients (n = 1).

Le comité de sécurité des patients est le moteur des échanges, il vise à faciliter les interactions et la concertation des différents groupes de travail œuvrant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients (par exemple: comité d'hémovigilance, comité d'hygiène hospitalière, comité de formation continue, comité d'éthique, comité du dossier infirmier et des données infirmières du résumé hospitalier minimum (DI-RHM) ou avec le groupe de travail sur les escarres, ...) (n = 9).

Il met en place des outils de communication concernant la qualité et la sécurité des patients (intranet, ...) (n = 2).

Il informe l'ensemble du personnel de ses activités au sein de la clinique (n = 19) et en fait régulièrement rapport au comité de direction (n = 12).

Catégorie 10: contrat 'coordination qualité et sécurité des patients' et décret qualité flamand

Le comité de sécurité des patients assure le suivi administratif et le bon déroulement opérationnel des conventions du SPF Santé publique (dont les fiches de projet et le rapport) (n = 11).

Finalement, il réalise et actualise le manuel de qualité conformément aux directives du décret qualité du gouvernement flamand datant de 1997 (n = 5). À l'issue de ces résultats, nous observons donc que les hôpitaux disposent d'une vision précise des tâches relevant de la responsabilité du comité de sécurité des patients. Les 10 catégories créées pour classer les données issues des hôpitaux permettent de constater que les tâches sont variées, nombreuses et pertinentes.

8. Le thème de la qualité et de la sécurité des patients à l'ordre du jour des comités de direction et conseils d'administration

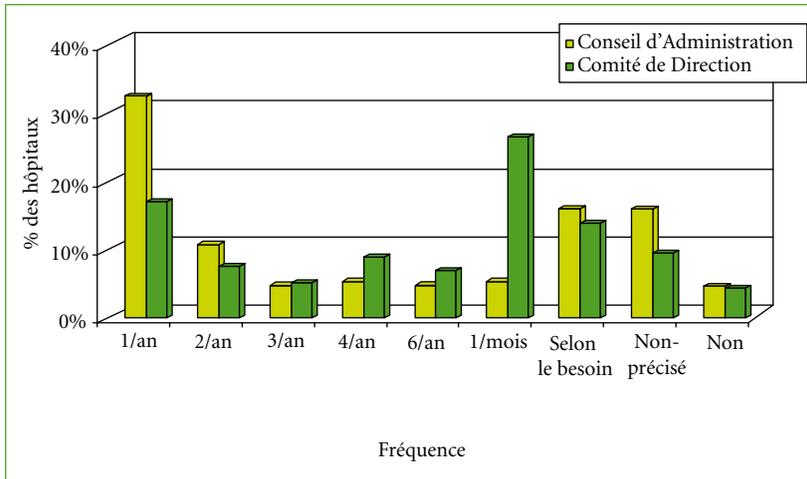
Cette dernière catégorie de questions nous renseigne sur la mise à l'ordre du jour du thème de la qualité et de la sécurité des patients dans les comités de direction et conseils d'administration. Dans l'affirmative, la fréquence de mise à l'ordre du jour est également envisagée.

158 hôpitaux ont répondu à la question concernant la mise à l'ordre du jour du comité de direction et 150 hôpitaux concernant celle de l'ordre du jour du conseil d'administration.

95 % des hôpitaux (n = 143) placent le thème de la qualité et de la sécurité des patients à l'ordre du jour du conseil d'administration et 96 % (n = 151) à l'ordre du jour du comité de direction (voir graphique 7).

On constate également que ce thème est plus fréquemment abordé au comité de direction (score le plus fréquent: une fois par mois) qu'au conseil d'administration (score le plus fréquent: une fois par an).

Graphique 7: sécurité des patients à l'ordre du jour des comités de direction (n = 158) et conseils d'administration (n = 150)



CHAPITRE 3.

ÉVALUATION DE LA CULTURE DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Conclusions clés

- 96 % des hôpitaux participants ont mesuré la culture de sécurité dans l'ensemble de l'institution à l'aide d'un instrument de mesure validé et conformément aux règles méthodologiques.
- Le taux de participation des médecins est inférieur à celui des autres collaborateurs de l'hôpital (avec une médiane de respectivement 45 % et 69 %).
- La variation des taux de réponse est plus importante chez les médecins que chez les autres collaborateurs de l'hôpital et dépend du type d'hôpital et de la région.
- 84 % des hôpitaux participants ont présenté les résultats de la mesure de la culture de sécurité au comité de direction. Dans 66 % des cas, les résultats ont été présentés aux autres collaborateurs de l'hôpital.
- 51 % des hôpitaux ayant effectué la mesure de la culture de sécurité ont déjà formulé des actions d'amélioration découlant des résultats de la mesure de la culture de sécurité.

INTRODUCTION

La troisième partie du contrat demandait aux hôpitaux de réaliser une mesure de la culture de sécurité dans l'ensemble de l'institution. À cet effet l'autorité fédérale a utilisé le questionnaire de l'*Hospital Survey on Patient Safety Culture* de l'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*). Une version validée en langue néerlandaise du questionnaire de la mesure de la culture de sécurité a été mise à disposition par le *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)*. Quant à la version française, elle a été élaborée en collaboration avec le *Centre Hospitalier Universitaire Tivoli* et les *Cliniques Universitaires Saint-Luc*.

96 % des hôpitaux participants ont réalisé une mesure de la culture de sécurité dans l'ensemble de l'institution en respectant les règles méthodologiques. Dans une deuxième phase, tous les hôpitaux participants ont eu la possibilité, sur base volontaire, de transmettre leurs données au *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)* pour un benchmarking externe. Cent trente-deux hôpitaux belges y ont participé (80 % des hôpitaux participants). Les résultats de ce benchmarking sont consultables sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/pilier 1(SGS)).

MÉTHODOLOGIE

Il a été demandé aux hôpitaux de répondre aux cinq questions suivantes:

- La mesure de la culture de sécurité dans l'hôpital a-t-elle été effectuée et analysée?
- Quel a été le taux de réponse des médecins, des autres collaborateurs de l'hôpital et le taux de réponse global?
- À qui les résultats de la mesure de la culture ont-ils été présentés?
- Comment avez-vous présenté les résultats de la mesure de culture dans l'institution?
- Quelles actions d'amélioration ont été définies suite à la mesure de culture?

Il s'agit de questions tant ouvertes que fermées et un espace était parfois prévu pour décrire plus précisément certains points. Les données des hôpitaux – soit encodées dans l'application web, soit transmises par écrit – ont été intégrées dans un fichier et traitées.

Lors du traitement des données, une distinction a été faite entre les différents types d'hôpitaux (aigus, psychiatriques et Sp) et les régions (Flandre, Bruxelles, Wallonie). Lorsque des différences sont relevées, elles sont annoncées dans le texte.

Les hôpitaux ont interprété différemment la première question concernant l'état d'avancement de la mesure de la culture de sécurité. Certains ont jugé que la distribution et la collecte des formulaires d'enquête suffisaient pour considérer que la mesure de la culture de sécurité avait été entièrement achevée. D'autres institutions ont considéré que la mesure de la culture de sécurité était clôturée quand tout le processus jusqu'à la formulation d'actions d'amélioration était réalisé. De ce fait, lors du traitement des données, la question s'est limitée à: 'La mesure de la culture de sécurité a-t-elle été réalisée dans l'ensemble de l'hôpital?'

Le rapport de benchmarking réalisé par le *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)* présente également les taux de réponse. Les données ne sont pas tout à fait

concordantes avec celles de ce rapport, et ce pour deux raisons. Premièrement, ce rapport présente les résultats des 158 hôpitaux ayant participé à la mesure de la culture de sécurité ainsi que le rapport du *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)* réunissant les résultats des 132 hôpitaux belges qui ont choisi de participer au benchmarking. Deuxièmement, les résultats de ce rapport se basent sur les chiffres fournis par les hôpitaux, tandis que le *Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)* a appliqué des critères d'inclusion et d'exclusion sur leur base de données.

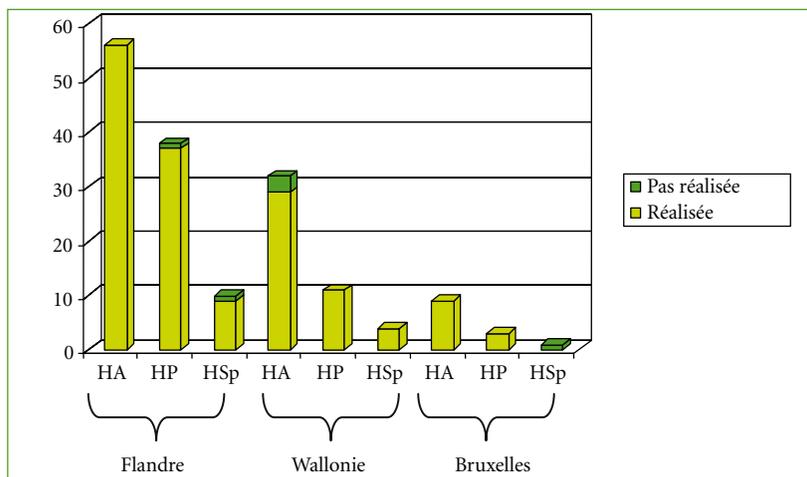
De nombreux hôpitaux se sont basés sur les 12 dimensions de la mesure de la culture de sécurité pour sélectionner les points qui font (ou qui feront) l'objet d'actions d'amélioration. D'autres hôpitaux ont proposé des actions d'amélioration sans les relier pour autant aux 12 dimensions. Les actions d'amélioration mentionnées par les hôpitaux ont été classées conformément à ces 12 dimensions et une catégorie 'autres' a été prévue pour les autres actions d'amélioration.

RÉSULTATS

1. Nombre d'hôpitaux ayant effectué la mesure de la culture de sécurité dans tout l'hôpital

Une question fermée demandait aux hôpitaux s'ils avaient réalisé la mesure de la culture de sécurité dans l'ensemble de l'institution.

Graphique 1: nombre d'hôpitaux ayant effectué la mesure de la culture de sécurité dans l'ensemble de l'institution (n = 158)



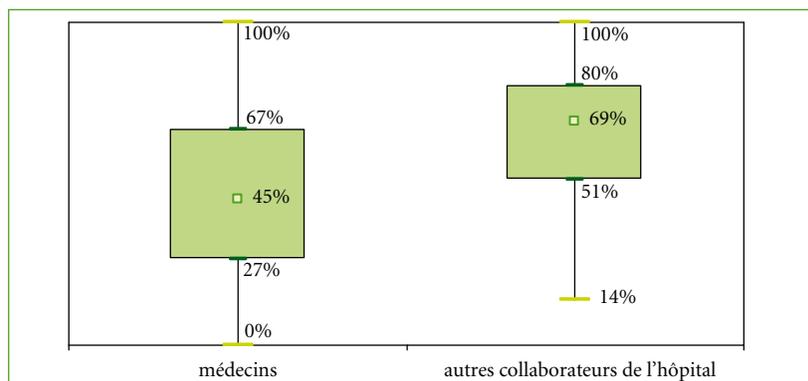
Sur les 164 hôpitaux participants, 158 (96 %) ont réalisé la mesure de la culture de sécurité dans l'ensemble de l'institution, en respectant les règles méthodologiques. Les six hôpitaux (4 %) restants ont, soit réalisé la mesure de la culture de sécurité en ne respectant pas les règles méthodologiques, soit ne l'ont pas du tout effectuée. Deux hôpitaux n'ont pas expliqué pourquoi la mesure de la culture de sécurité n'a pas été effectuée. Les motifs avancés par deux autres hôpitaux sont l'absence de version validée en langue allemande de l'instrument de mesure et la désignation d'un nouveau coordinateur qualité qui n'a pas su réaliser la mesure de la culture de sécurité dans le délai demandé. Finalement, deux hôpitaux ont réalisé la mesure de la culture de sécurité, mais sans respecter les règles méthodologiques prescrites: distribution du questionnaire à un échantillon plutôt qu'à l'ensemble de l'hôpital, pour l'un, et suppression de certaines questions afin de préserver l'anonymat, pour l'autre.

2. Taux de réponse

Une question ouverte requérant une réponse précise demandait aux hôpitaux de mentionner le taux de réponse global, ainsi que le taux de réponse pour les médecins et pour les autres collaborateurs de l'hôpital.

La figure 1 montre que les taux de réponse sont sensiblement plus élevés pour les autres collaborateurs de l'hôpital (avec une médiane de 69 %) que pour les médecins (médiane de 45 %). La variabilité est importante, que ce soit chez les médecins ou chez les autres collaborateurs de l'hôpital.

Figure 1: taux de réponse des médecins et des autres collaborateurs de l'hôpital



2.1. Taux de réponse des médecins en fonction du type d'hôpital et de la région

En s'intéressant uniquement aux données des médecins (figure 2) on remarque qu'en dépit de la forte variabilité, les taux de réponses sont plus élevés dans les hôpitaux psychiatriques et Sp que dans les hôpitaux aigus (avec des médianes de respectivement 70 %, 58 % et 35 %). La variabilité est plus faible dans les hôpitaux aigus que dans les hôpitaux psychiatriques et Sp. Une analyse comparative par région (figure 3) montre que les taux de réponse des médecins sont à peu près équivalents en Wallonie et à Bruxelles (avec des médianes de respectivement 33 % et 27 %), mais sont moins élevés que les taux de réponse des médecins en Flandre (médiane de 54 %).

Figure 2: taux de réponse des médecins en fonction du type d'hôpital

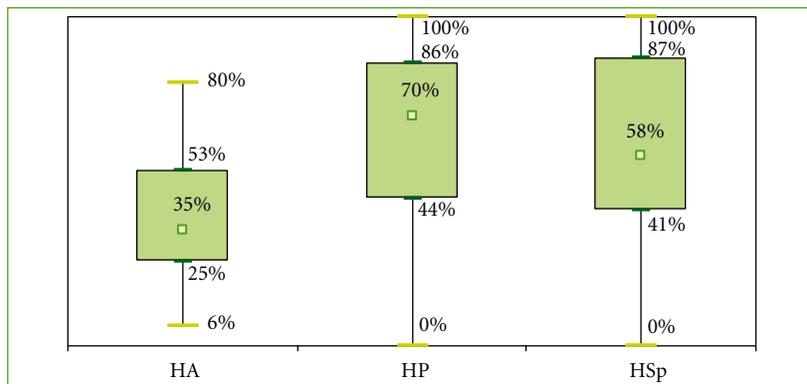
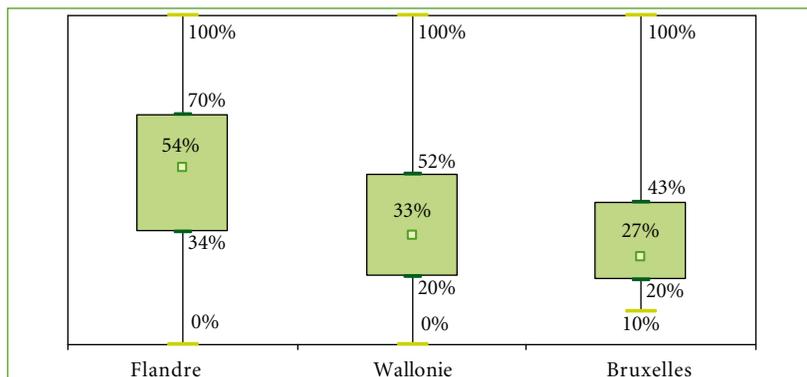


Figure 3: taux de réponse des médecins en fonction de la région



2.2. Taux de réponse des autres collaborateurs de l'hôpital en fonction du type d'hôpital et de la région

De façon générale, les taux de réponse des autres collaborateurs varient entre les hôpitaux. La figure 4 montre que les taux de réponse sont plus élevés dans les hôpitaux psychiatriques (médiane de 76 %) et Sp (médiane de 77 %) que dans les hôpitaux aigus (médiane de 63 %). La variabilité dans les hôpitaux Sp est nettement plus faible que dans les hôpitaux aigus et psychiatriques. On observe la même tendance dans les taux de réponse entre les médecins et les autres collaborateurs de l'hôpital en fonction de la région (voir figure 5). Les taux de participation sont plus élevés en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles (avec des médianes de respectivement 74 %, 57 % et 55 %).

Figure 4: taux de réponse des autres collaborateurs de l'hôpital en fonction du type d'hôpital

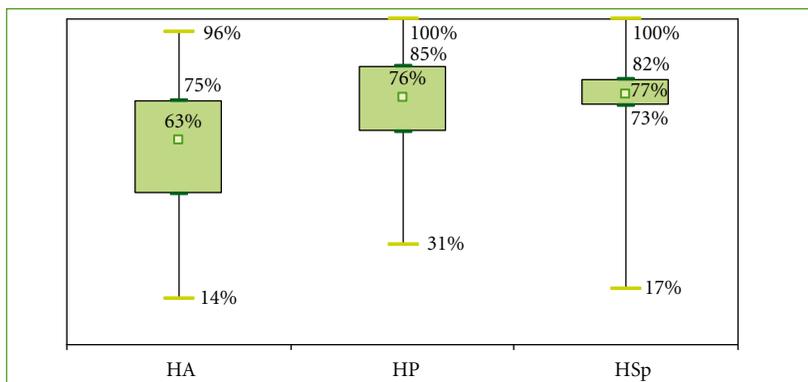
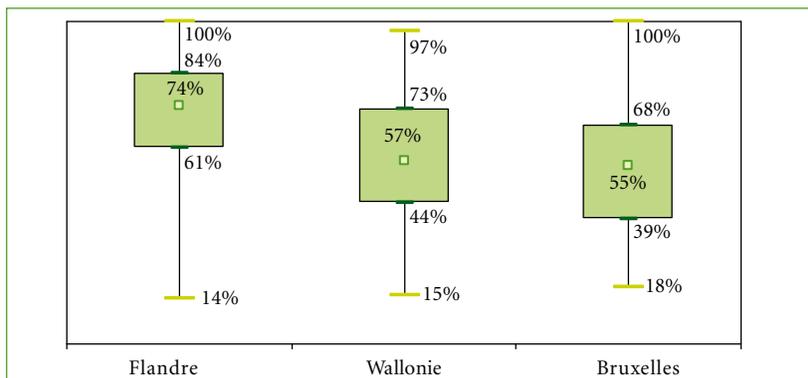


Figure 5: taux de réponse des autres collaborateurs de l'hôpital en fonction de la région



3. Présentation des résultats aux différents groupes cibles

Une question fermée demandait aux hôpitaux si les résultats de la mesure de la culture de sécurité ont été présentés au conseil d'administration, au comité de direction, au conseil médical et aux collaborateurs de l'hôpital. Les institutions pouvaient également préciser les autres groupes de personnes à qui les résultats ont été présentés.

Sur l'ensemble des 158 hôpitaux ayant effectué une mesure de la culture de sécurité, 147 (92 %) ont présenté les résultats à au moins un groupe de personnes au moment de la remise du rapport (30 juin 2008). L'analyse des résultats en fonction du type d'hôpital ne montre pas de différences entre les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp. En revanche, selon la région, on note certains écarts. En Flandre, 101 hôpitaux (97 %) ont présenté les résultats à au moins un groupe cible. Les taux sont sensiblement moins élevés en Wallonie avec 88 % des hôpitaux ($n = 37$) et à Bruxelles avec 75 % des hôpitaux ($n = 9$). Cet écart s'explique par le fait que la mesure de la culture de sécurité a été réalisée plus tard dans les hôpitaux francophones. En effet, l'instrument de mesure en langue française n'a été validé et testé qu'au début 2008. Il a donc été mis plus tard à la disposition des hôpitaux francophones, qui ont – de ce fait – eu moins de temps pour présenter leurs résultats aux différents groupes cibles.

On ne note pas de différence prononcée entre les réponses données par les différents types d'hôpitaux au sujet des groupes cibles auxquels les résultats ont été présentés (graphique 2). Dans l'ensemble, les hôpitaux ont présenté le plus fréquemment les résultats au comité de direction. Les résultats de la mesure de la culture de sécurité ont été présentés à ce comité dans 135 hôpitaux (84 %). Dans 105 hôpitaux (66 %) ils l'ont été aux collaborateurs de l'hôpital. Le conseil d'administration et le conseil médical ont, quant à eux, été informés respectivement dans 78 hôpitaux (49 %) et dans 77 hôpitaux (48 %). Soixante-cinq hôpitaux ont également présenté les résultats à d' 'autres' groupes ou personnes. Le tableau 1 détaille le contenu de la catégorie 'autres'.

Graphique 2: présentation des résultats en fonction du type d'hôpital (n = 158)

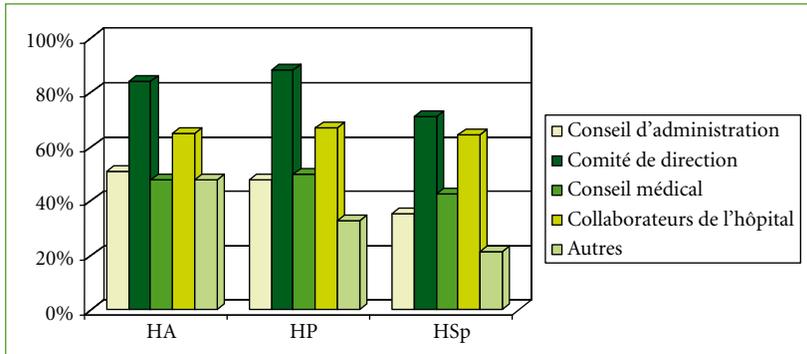


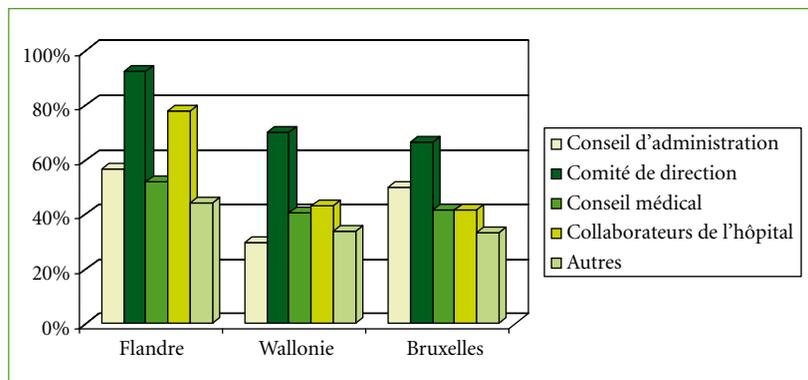
Tableau 1: 'autres' personnes ou groupes cibles informés des résultats de la mesure de la culture de sécurité

Les chiffres cités entre parenthèses correspondent aux nombres d'hôpitaux ayant présenté leurs résultats de la mesure de la culture de sécurité aux personnes ou groupes mentionnés.

Comité pour la qualité et/ou la sécurité des patients (34)
Management (15)
Chefs de service et/ou de département (11)
Médecins (9)
Infirmiers en chef (9)
Externes (7)
Infirmiers (7)
Autres comités de pilotage (5)
Comité de coordination et/ou coordinateur (4)
Services paramédicaux (2)
Médecins généralistes (2)
Assemblée générale (1)
Réunion de cadres (1)
Staff médical (1)
Conseiller en prévention (1)
Professionnels de l'institution (1)
Groupe de travail gériatrique (1)

Le graphique 3 présente les résultats en fonction de la région. Il montre que les différents groupes cibles sont plus souvent informés des résultats de la mesure de la culture de sécurité en Flandre qu'en Wallonie ou à Bruxelles. Dans chacune des régions le comité de direction est le groupe cible auquel les résultats sont le plus souvent présentés. Les taux sont de 92 % en Flandre, de 70 % en Wallonie et de 67 % à Bruxelles. Les écarts régionaux les plus importants s'observent pour le conseil d'administration. En effet, il est le second groupe cible auquel les résultats sont le plus fréquemment exposés à Bruxelles et est en dernière position en Wallonie.

Graphique 3: présentation des résultats en fonction de la région (n = 158)



4. Modalités de la présentation des résultats

Une question ouverte interrogeait les hôpitaux sur les modalités selon lesquelles ils ont présenté les résultats de la mesure de la culture de sécurité. Les réponses à cette question furent très variées, allant de la présentation *PowerPoint* à une description détaillée des résultats présentés à chaque groupe cible. De nombreux hôpitaux ont présenté les résultats de différentes manières, en fonction du groupe cible. 65 % (95 hôpitaux) de l'ensemble des hôpitaux ayant présenté des résultats au moment de la remise de leur rapport l'ont fait par le biais d'une présentation orale accompagnée d'un support *PowerPoint*. Quarante-deux hôpitaux (29 %) ont publié un article dans la revue du personnel, un journal de l'hôpital ou une lettre d'information. Vingt-trois hôpitaux (22 %) ont rédigé un rapport et 32 hôpitaux ont publié les résultats sur l'intranet. Finalement, 10 hôpitaux (7 %) ont communiqué les résultats par courrier électronique.

5. Actions d'amélioration

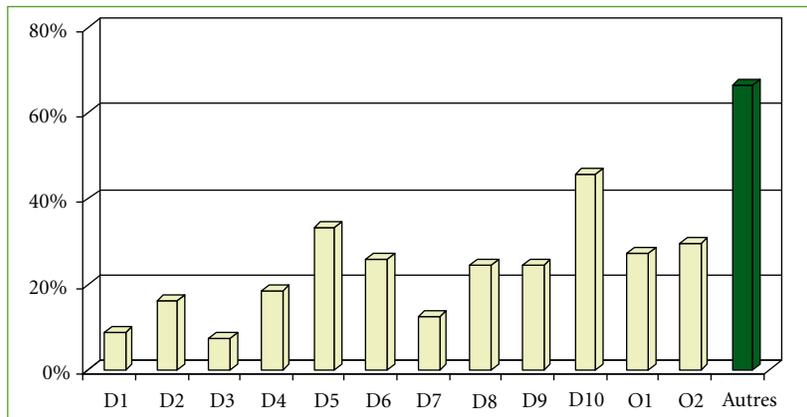
Une question ouverte demandait aux hôpitaux s'ils avaient déjà mis en place des actions d'amélioration et en quoi celles-ci consistaient. Parmi les hôpitaux ayant déjà effectué la mesure de la culture de sécurité, 72 (45 %) ont répondu qu'il était prématuré d'élaborer des actions d'amélioration concrètes ou qu'elles étaient planifiées. Pour beaucoup d'hôpitaux le délai entre la réception des données de la mesure de la culture de sécurité et la remise du rapport était donc trop court que pour pouvoir définir, planifier et mettre en œuvre des actions d'amélioration. Malgré ce délai, 81 hôpitaux (51 %) ont indiqué avoir déjà mis en place des actions d'amélioration.

Le tableau 2 présente les 12 dimensions de la mesure de la culture de sécurité de l'AHRQ. Le graphique 4 fournit un aperçu des actions d'amélioration des hôpitaux selon ces 12 dimensions.

Tableau 2: les 12 dimensions de la mesure de la culture de la sécurité de l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

<i>Dix dimensions de la culture de la sécurité:</i>
D1. La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients
D2. La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue
D3. Le travail en équipe au sein des unités
D4. L'ouverture à la communication
D5. Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients
D6. L'absence de sanction face aux erreurs
D7. L'encadrement en personnel
D8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients
D9. Le travail d'équipe entre les départements
D10. La transmission des informations et les transferts
<i>Deux dimensions d'outcome:</i>
O1. La perception globale de la sécurité
O2. La fréquence du signalement des événements indésirables

Graphique 4: actions d'amélioration dans les hôpitaux pour chaque dimension (n = 81)



Il en ressort que la plupart des actions d'amélioration se rapportent aux dimensions: transmission des informations et les transferts (D10), retours d'informations et communication en matière de sécurité des patients (D5), fréquence du signalement des événements indésirables (O2), perception globale de la sécurité (O1) et absence de sanction face aux erreurs (D6); ce qui souligne clairement la cohérence avec les résultats du benchmarking de la mesure de la culture de sécurité. Celle-ci permet aux hôpitaux d'entreprendre des actions dans les domaines prioritaires. La dimension D7, l'encadrement en personnel, y fait exception. En effet, le nombre d'actions d'amélioration visant à améliorer l'encadrement en personnel est restreint, alors que cette dimension a également obtenu un résultat assez faible.

Outre les actions d'amélioration pour les 12 dimensions précitées, 54 hôpitaux (67 %) ont également proposé d' 'autres' actions d'amélioration. La liste des 'autres' actions d'amélioration citées au moins deux fois est présentée dans le tableau 3. L'une d'elles ressort d'emblée: 31 hôpitaux ont indiqué vouloir mettre en place ou développer un système de gestion et d'analyse des incidents. Les hôpitaux reconnaissent donc clairement l'importance d'un tel système de rapportage.

Tableau 3: ‘autres’ actions d’amélioration mises en place suite à la mesure de la culture de la sécurité (n = 54)

Les chiffres entre parenthèses correspondent au nombre d’hôpitaux ayant formulé l’action d’amélioration en question.

• Mise en place d’un système de gestion et d’analyse des incidents (31)
• Sécurité des médicaments (7)
• Lancement de différents nouveaux projets visant à améliorer la sécurité du patient (6)
• Mise à jour de procédures et de processus (6)
• Remplacement de terme ‘erreur’ par ‘incident’, avec une connotation moins négative entraînant une réduction du sentiment de ‘culpabilité’ (4)
• Inscription du thème de la sécurité du patient de manière permanente à l’ordre du jour des réunions d’équipe, de l’assemblée du personnel et du comité de direction (3)
• Présentation des résultats de la mesure de la culture de la sécurité aux collaborateurs (2)
• Port de bracelets d’identification (2)
• Information aux nouveaux collaborateurs (2)
• Prévention des chutes (2)
• Poursuite de la participation aux initiatives des pouvoirs publics (2)
• Mesure des indicateurs de qualité (2)
• Création d’un comité de la sécurité des patients (2)

6. Participation à un benchmarking externe

Tous les hôpitaux participants ont eu la possibilité de participer, sur base volontaire, à un benchmarking externe. 132 hôpitaux l’ont fait. Johan Hellings et Ward Schrooten (*Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL)*) ont présenté les résultats de ce benchmarking dans un rapport. Les taux de réponse et les scores aux différentes dimensions de l’AHRQ y sont présentés en détail. Les taux de réponse issus de ce rapport sont, comme signalé précédemment, légèrement différents des chiffres présentés dans leur rapport. Le choix des hôpitaux d’élaborer des actions d’amélioration dans les différentes dimensions qu’ils jugent prioritaires est cohérent avec les résultats observés dans le rapport de benchmarking. Les résultats de ce benchmarking sont consultables sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/pilier 1(SGS)).

CHAPITRE 4. DÉCLARATION ET ANALYSE DES INCIDENTS ET PRESQU'INCIDENTS

Conclusions clés

- Près de 85 % des hôpitaux participants disposent d'un système de déclaration des incidents et presqu'incidents.
- Les thèmes déclarés peuvent être très variés.
- L'anonymat est le plus souvent appliqué dans les hôpitaux Sp, que ce soit au niveau du déclarant, du département ou du patient. Les hôpitaux aigus et psychiatriques permettent de choisir entre la déclaration anonyme et non anonyme dans plus de la moitié des cas.
- Parmi les hôpitaux possédant un système de déclaration, neuf sur 10 prônent la confidentialité. Cela signifie que les données d'identification du patient, du déclarant et du département ne sont pas communiquées à des tiers.
- Huit hôpitaux sur 10 munis d'un système de déclaration l'appliquent à l'échelon de tout l'hôpital.
- Les systèmes de déclaration appliqués à l'échelon de tout l'hôpital se rencontrent le plus souvent dans les hôpitaux Sp et le moins souvent dans les hôpitaux aigus.
- Dans plus de la moitié des hôpitaux, la déclaration ne peut se faire que sous forme manuscrite.
- Des dispositions sont prises (communication écrite et verbale, campagnes, formation) pour stimuler la déclaration.
- Seul un tiers des hôpitaux fait appel à des méthodes spécifiques pour l'analyse des incidents et presqu'incidents.
- Les méthodes d'analyse utilisées sont très diverses et ne sont pas toujours adaptées au but poursuivi.
- Dans les hôpitaux flamands, le coordinateur qualité est responsable de l'analyse des déclarations dans près de six cas sur 10; en Wallonie, cette proportion est de un sur quatre.
- Les actions d'amélioration portent principalement sur la médication et la prévention des chutes.

INTRODUCTION

La quatrième partie du contrat était consacrée à la déclaration et à l'analyse des incidents et presque incidents.

MÉTHODOLOGIE

Les hôpitaux étaient invités à répondre aux huit questions suivantes:

- L'hôpital dispose-t-il d'un système de déclaration des incidents et presque incidents?
- Que peut-on déclarer?
- Qui peut déclarer?
- Quelles sont les caractéristiques du système employé?
 - La déclaration est-elle ou non anonyme? Le système permet-il le choix?
 - Le système est-il confidentiel?
 - Jusqu'à quel niveau le système de déclaration est-il opérationnel?
 - Comment la déclaration se remplit-elle?
- Quelles sont les initiatives prises pour stimuler la déclaration?
- Utilise-t-on des méthodes spécifiques pour l'analyse des incidents et presque incidents et si oui, lesquelles?
- Qui procède aux analyses?
- À quelles actions d'amélioration l'analyse des déclarations a-t-elle donné lieu?

Les questions précitées combinaient des questions ouvertes et fermées, proposant plusieurs catégories de réponses tout en permettant de définir plus précisément certains points. L'information obtenue a été traitée et, au besoin, ventilée par région (Flandre, Wallonie et Bruxelles) et par type d'hôpital (aigu, psychiatrique et Sp).

Les deux principales limites sur le plan méthodologique peuvent se résumer comme suit:

- Un certain nombre de notions essentielles telles que 'système de déclaration', 'incident', 'presque incident' et 'méthode d'analyse' n'ont pas été suffisamment définies, que ce soit dans le contrat ou dans l'application web développée. La conséquence en est que ces notions ont été interprétées librement par les hôpitaux participants, rendant ainsi difficile une analyse univoque des résultats.

- Certaines questions ne prévoyaient aucune catégorie de réponses ou offraient plusieurs réponses possibles, non exclusives.

RÉSULTATS

Un relevé des résultats pour chaque question posée est dressé ci-dessous. Les tableaux présentent des résultats en chiffres absolus et en pourcentages, par type d'hôpital et par région.

1. Présence d'un système de déclaration des incidents et presqu'incidents dans les hôpitaux?

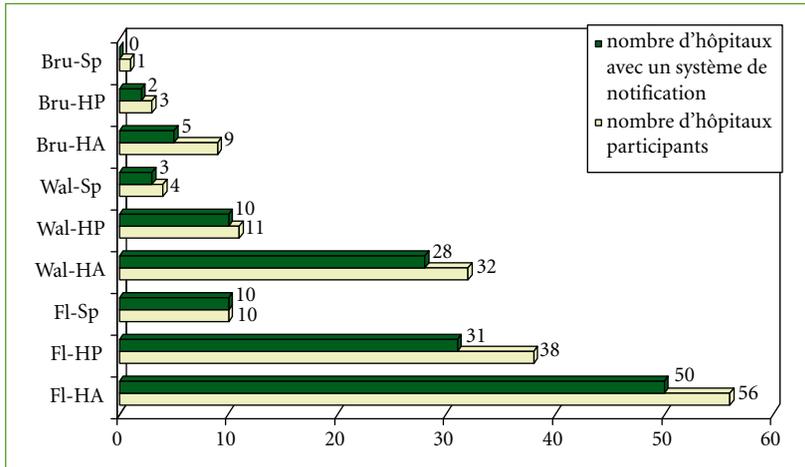
Près de 85 % des hôpitaux participants disposent d'un système de déclaration des incidents et presqu'incidents. En chiffres absolus, 139 hôpitaux sur 164 disposent d'un tel système; 25 hôpitaux participants ne possèdent donc pas de système de déclaration.

Parmi les hôpitaux aigus, 86 % disposent d'un système de déclaration; ce chiffre est de 83 % pour les hôpitaux psychiatriques et de 87 % pour les hôpitaux Sp. Parmi les hôpitaux wallons, 87 % ont un système de déclaration; ce chiffre est de 88 % pour les hôpitaux flamands et de 54 % pour les hôpitaux bruxellois.

Tableau 1: hôpitaux disposant d'un système de déclaration, par type d'hôpital et par région (n = 139)

	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HA	50	89,29 %	5	55,56 %	28	87,50 %	83	85,57 %
HP	31	81,58 %	2	66,67 %	10	90,91 %	43	82,69 %
Sp	10	100,00 %	0	0,00 %	3	75,00 %	13	86,67 %
Total	91	87,50 %	7	53,85 %	41	87,23 %	139	84,76 %

Graphique 1: relevé du nombre d'hôpitaux disposant d'un système de déclaration, en fonction du nombre d'hôpitaux participants, par type et par région (en chiffres absolus) (n = 139)



2. Thèmes déclarés

Les hôpitaux ont été invités à mentionner les thèmes les plus fréquemment relevés dans leur système de déclaration. Comme signalé précédemment – étant donné que les notions d' 'incident' et de 'presqu'incident' n'avaient pas été définies de manière précise – les établissements ont pu les interpréter 'librement'. Certains hôpitaux ont donné une description générale de ce qui a été déclaré, là où d'autres ont opté pour une description détaillée.

Globalement, parmi ce qui est déclaré, on peut faire une distinction entre sujets généraux et sujets spécifiques. Par exemple:

- Sujets généraux: tous les incidents et presqu'incidents et problèmes possibles au niveau de la communication, collaborateurs, famille du patient, demandes de laboratoire, hygiène, admission, organisation, processus de soins, médication, procédures et traitements.
- Sujets spécifiques: agression, brûlures, escarres, vols, hémovigilance, infections buccales, MRSA, infections nosocomiales, malnutrition, décès, problèmes d'identification de patients, pharmacovigilance, complications postopératoires, piqûres accidentelles, troubles de la déglutition, problèmes et réactions liés à la transfusion, infections des voies urinaires, chutes, vandalisme, infections de plaies, tentatives de suicide, automutilation.

3. Caractéristiques du déclarant

51 % des hôpitaux indiquent que ‘toute personne’ est autorisée à déclarer un incident ou presqu’incident. Les catégories qui reviennent fréquemment sont ‘tous les collaborateurs associés aux soins’ (15 %), ‘infirmiers’ (12 %) et ‘médecins’ (8 %). Par ailleurs, les hôpitaux ont mentionné vingt autres catégories distinctes, lesquelles ont été rassemblées sous la rubrique ‘autres’ (14 %). Relèvent notamment de cette rubrique: le personnel technique et administratif, les collaborateurs logistiques et les pharmaciens.

Tableau 2: relevé des collaborateurs hospitaliers qui peuvent déclarer (%) (n = 139)

<i>Collaborateurs hospitaliers qui peuvent déclarer</i>	<i>%</i>
Tout le monde	51 %
Tous les collaborateurs associés aux soins	15 %
Infirmiers	12 %
Médecins	8 %
Autres catégories	14 %
<i>Total</i>	<i>100 %</i>

4. Caractéristiques du système de déclaration utilisé

Les hôpitaux participants ont été interrogés sur les caractéristiques du système qu’ils utilisent. Les aspects importants relevés à cet égard sont les suivants:

- le caractère anonyme du système de déclaration (vis-à-vis du déclarant, vis-à-vis du département et vis-à-vis du patient);
- la possibilité de choisir entre la déclaration anonyme et non anonyme;
- la confidentialité du système de déclaration;
- le niveau de mise en œuvre du système de déclaration (au niveau d’un département, de plusieurs départements ou à l’échelon de l’hôpital);
- le mode de déclaration (par écrit, par voie électronique ou les deux).

Chacune de ces caractéristiques est examinée ci-dessous.

4.1. Le caractère anonyme du système de déclaration et la possibilité de choisir

En Flandre, près de la moitié des hôpitaux participants possèdent un système de déclaration qui offre le choix entre la déclaration anonyme ou non. À Bruxelles, le pourcentage est de 29 % et en Wallonie de 66 %. Les systèmes qui adoptent l'anonymat au déclarant, se retrouvent dans 33 % des hôpitaux. L'anonymat vis-à-vis du département et du patient est moins fréquent (respectivement 14 % et 23 %).

Ici aussi, il s'agit d'interpréter les chiffres avec prudence. Les hôpitaux dotés d'un système de déclaration offrant le choix entre la déclaration anonyme et non anonyme pouvaient préciser si le système était anonyme vis-à-vis du déclarant, du département ou du patient. En d'autres termes, l'hôpital pouvait indiquer toutes les alternatives, avec le risque de doubles comptages qui en découle.

Tableau 3: mode de déclaration anonyme, par région et par type d'hôpital (n = 139)

	<i>anonyme v.-à-v. du déclarant</i>		<i>anonyme v.-à-v. du département</i>		<i>anonyme v.-à-v. du patient</i>		<i>choix entre anonyme et pas anonyme</i>		<i>nombre d'hôpitaux avec un système de notification</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Flandre</i>	29	31,87 %	11	12,09 %	17	18,68 %	45	49,45 %	91	65,47 %
<i>Bruxelles</i>	3	42,86 %	1	14,29 %	1	14,29 %	2	28,57 %	7	5,04 %
<i>Wallonie</i>	14	34,15 %	8	19,51 %	14	34,15 %	27	65,85 %	41	29,50 %
Total	46	33,09 %	20	14,39 %	32	23,02 %	74	53,24 %	139	100,00 %

	<i>anonyme v.-à-v. du déclarant</i>		<i>anonyme v.-à-v. du département</i>		<i>anonyme v.-à-v. du patient</i>		<i>choix entre anonyme et pas anonyme</i>		<i>nombre d'hôpitaux avec un système de notification</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>HA</i>	30	36,14 %	15	18,07 %	19	18,68 %	47	56,63 %	91	65,47 %
<i>HP</i>	8	18,60 %	2	4,65 %	7	14,29 %	22	51,16 %	7	5,04 %
<i>HSp</i>	8	61,54 %	3	23,08 %	6	34,15 %	5	38,46 %	41	29,50 %
Total	46	33,09 %	20	14,39 %	32	23,02 %	74	53,24 %	139	100,00 %

Le tableau 3 indique aussi que, proportionnellement, l'anonymat vis-à-vis du déclarant, du département et du patient, se présente le plus souvent dans les hôpitaux Sp. Les hôpitaux aigus et psychiatriques, dans plus de la moitié des cas, permettent le choix entre la déclaration anonyme et non anonyme.

4.2. La confidentialité du système de déclaration

La notion de confidentialité du système de déclaration a été définie comme suit: 'un système de déclaration confidentiel implique que les données d'identification du patient, du déclarant et de l'institution ne sont pas communiquées à des tiers.'

Tableau 4: confidentialité du système de déclaration, par région et par type d'hôpital (n = 139)

	Flandre			Bruxelles			Wallonie		
	nombre d'hôpitaux avec système de notification	confidentiel		nombre d'hôpitaux avec système de notification	confidentiel		nombre d'hôpitaux avec système de notification	confidentiel	
		n	%		n	%		n	%
HA	50	50	100,00 %	5	5	100,00 %	28	22	78,57 %
HP	31	28	90,32 %	2	2	100,00 %	10	7	70,00 %
HSp	10	9	90,00 %	0	0	0,00 %	3	3	100,00 %
Total	91	87	95,60 %	7	7	100,00 %	41	32	78,05 %

Il ressort du tableau 4 que 96 % des hôpitaux flamands participants et dotés d'un système de déclaration disent posséder un système de déclaration confidentiel; ce pourcentage est de 100 % à Bruxelles et de 78 % en Wallonie.

4.3. Le niveau de mise en œuvre du système de déclaration

Un système de déclaration peut être appliqué au niveau de tout l'hôpital, au niveau d'un département ou de plusieurs départements.

Le tableau 5 montre que près de 80 % des hôpitaux participants disent utiliser un système de déclaration à l'échelon de tout l'hôpital. Un système de déclaration limité à un seul département se retrouve dans 18 % des hôpitaux, tandis que seulement 3 % des hôpitaux font état d'un système de déclaration au niveau de plusieurs départements.

Tant en Flandre qu'à Bruxelles et en Wallonie, les systèmes de déclaration au niveau de tout l'hôpital sont les plus fréquents, avec des pourcentages respectifs de 85 %, 57 % et 73 %.

Les systèmes de déclaration à l'échelon de l'hôpital se rencontrent le plus souvent dans les hôpitaux Sp (92 %), puis dans les hôpitaux psychiatriques (84 %). Dans les hôpitaux aigus, 76 % des systèmes de déclaration mis en place le sont au niveau de l'hôpital.

Tableau 5: niveau de mise en œuvre du système de déclaration, par région et par type d'hôpital (n = 139)

	<i>tout l'hôpital</i>		<i>un département</i>		<i>plusieurs départements</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Flandre</i>	77	84,62 %	13	14,29 %	1	1,10 %
<i>Bruxelles</i>	4	57,14 %	1	14,29 %	2	28,57 %
<i>Wallonie</i>	30	73,17 %	11	26,83 %	0	0,00 %
<i>Total</i>	111	79,86 %	25	17,99 %	3	2,78 %

	<i>tout l'hôpital</i>		<i>un département</i>		<i>plusieurs départements</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>HA</i>	63	75,90 %	17	20,48 %	3	3,61 %
<i>HP</i>	36	83,72 %	7	16,28 %	0	0,00 %
<i>HSp</i>	12	92,31 %	1	7,69 %	0	0,00 %
<i>Total</i>	111	79,86 %	25	17,99 %	3	2,78 %

4.4. Le mode de déclaration

Tous les hôpitaux participants ont été interrogés sur la façon dont la déclaration peut être remplie: par écrit, par voie électronique ou les deux.

Le tableau 6 montre que, dans près de 55 % des cas, la déclaration se remplit encore exclusivement par écrit. Dans près de 17 % des hôpitaux équipés d'un système de déclaration, la procédure se déroule uniquement par voie électronique, et dans 29 % des hôpitaux, la déclaration par écrit et la déclaration électronique sont possibles.

En Flandre, à Bruxelles et en Wallonie la déclaration se fait exclusivement par écrit dans respectivement 47 %, 86 % et 66 % des cas.

Si l'on examine le mode de déclaration par type d'hôpital, la déclaration par écrit est la plus fréquente, tant dans les hôpitaux aigus et psychiatriques que dans les hôpitaux Sp (respectivement 52 %, 49 % et 92 %).

Tableau 6: mode de déclaration, par région et par type d'hôpital (n = 139)

	<i>par écrit</i>		<i>par voie électronique</i>		<i>les deux</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Flandre</i>	43	47,25 %	17	18,68 %	31	34,07 %
<i>Bruxelles</i>	6	85,71 %	1	14,29 %	0	0,00 %
<i>Wallonie</i>	27	65,85 %	5	12,20 %	9	21,95 %
<i>Total</i>	76	54,68 %	23	16,55 %	40	28,77 %

	<i>par écrit</i>		<i>par voie électronique</i>		<i>les deux</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>HA</i>	43	51,81 %	13	15,66 %	27	32,53 %
<i>HP</i>	21	48,84 %	9	20,93 %	13	30,23 %
<i>HSp</i>	12	92,31 %	1	7,69 %	0	0,00 %
<i>Total</i>	76	54,68 %	23	16,55 %	40	28,77 %

5. Initiatives visant à stimuler la déclaration

Dans une question ouverte, il a été demandé aux hôpitaux participants de mentionner les initiatives prises pour stimuler le personnel à remplir la déclaration d'un incident ou presque incident.

La déclaration est stimulée, dans la majorité des cas par communication écrite et verbale, par l'organisation de campagnes et de formations. Quelques exemples sont énumérés ci-dessous:

- communication écrite: rapports (trimestriels, annuels), intranet, notes de service, brochures d'informations, registre d'incidents, journal du personnel, affiches, directives spécifiques en matière par exemple d'alimentation et d'antibiothérapie, dépêches, mémos, ...;
- communication verbale: réunion des chefs de service, discussion dans les différents comités de l'hôpital, réunions et entretiens informels, études de cas, personnes de référence, ...;
- campagnes: journées à thème, campagnes de sensibilisation, ...;
- formation: *intra et extramuros*, ...

6. Analyse des incidents et presque incidents

Dans cette partie, les hôpitaux participants ont été interrogés sur l'analyse des incidents et presque incidents. Les aspects suivants ont été abordés successivement:

- A-t-on recours à des méthodes d'analyse spécifiques?
- Quelles sont les méthodes d'analyse utilisées?
- Par qui l'analyse est-elle réalisée?
- Quelles actions d'amélioration ont été définies suite aux analyses réalisées?
Il a été demandé aux hôpitaux de citer au moins un exemple.

6.1. L'utilisation de méthodes d'analyse spécifiques

Seulement 43 des 139 hôpitaux participants et qui disposent d'un système de déclaration (31 %) disent appliquer des méthodes spécifiques pour l'analyse des incidents et presque incidents. Les méthodes d'analyse sont le plus souvent utilisées dans les hôpitaux aigus (77 %).

Tableau 7: utilisation de méthodes spécifiques d'analyse des incidents et presqu'incidents, par région et par type d'hôpital (n = 43)

	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
HA	19	70,37 %	3	100,00 %	11	84,62 %	33	76,74 %
HP	5	18,52 %	0	0,00 %	2	15,38 %	7	16,28 %
HSp	3	11,11 %	0	0,00 %	0	0,00 %	3	6,98 %
Total	27	100,00 %	3	100,00 %	13	100,00 %	43	100,00 %

6.2. Typologie des méthodes d'analyse

On observe une grande diversité au niveau des méthodes utilisées par les hôpitaux pour l'analyse des incidents et presqu'incidents. Le tableau 8 donne un aperçu des méthodes employées.

Tableau 8: aperçu des méthodes utilisées

Méthodes d'analyse utilisées	
<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas • Document Excell • FMEA • HFMEA • Évaluation multidisciplinaire • Navigator • Omnipro • Prisma • Analyse de processus 	<ul style="list-style-type: none"> • Questiondata • RCA-Vanops • Modèle Riter • Sbar • Sire • Snap • Spss • Méthode statistique • Méthode développée par l'hôpital

On peut conclure de cet aperçu que, parmi les instruments mentionnés, certains ne sont pas des méthodes d'analyse des incidents et presqu'incidents, comme par exemple Navigator, Spss. De même, des 'méthodes' n'ont pas été précisées ('document Excel', 'méthode statistique' ou 'méthode développée par l'hôpital').

7. Personne qui réalise les analyses

Les hôpitaux participants ont été invités à préciser quelles sont les personnes qui réalisent les analyses. Trois catégories de réponse étaient prévues: le coordinateur qualité, un collaborateur de staff et ‘autre’. Dans la rubrique ‘autre’ on trouve une grande variété de collaborateurs hospitaliers.

Il ressort du tableau 9 que les analyses sont réalisées par le coordinateur qualité dans près de 52 % des cas. 37 % des analyses sont assurées par un collaborateur de staff, et 14 % par d’autres catégories de personnes.

Dans les hôpitaux participants flamands, les analyses sont presque exclusivement réalisées par le coordinateur qualité (57 %) ou par un collaborateur de staff (40 %). À Bruxelles et en Wallonie, les analyses sont réalisées par le coordinateur qualité – dans un peu plus de 40 % des cas –, ou par un collaborateur de staff, respectivement dans 43 et 32 % des cas.

Tableau 9: collaborateurs hospitaliers qui réalisent les analyses, par région et par type d’hôpital (n = 139)

	coordinateur qualité		collaborateur de staff		autres	
	n	%	n	%	n	%
<i>Flandre</i>	52	57,14 %	36	39,56 %	3	3,30 %
<i>Bruxelles</i>	3	42,86 %	3	42,86 %	1	14,29 %
<i>Wallonie</i>	17	41,46 %	13	31,71 %	11	26,83 %
<i>Total</i>	72	51,80 %	52	37,41 %	15	13,89 %

	coordinateur qualité		collaborateur de staff		autres	
	n	%	n	%	n	%
<i>HA</i>	45	54,22 %	31	37,35 %	7	8,43 %
<i>HP</i>	22	51,16 %	19	44,19 %	2	4,65 %
<i>HSp</i>	5	38,46 %	2	15,38 %	6	46,15 %
<i>Total</i>	72	51,80 %	52	37,41 %	15	13,89 %

Dans les hôpitaux aigus les analyses sont réalisées dans 54 % des cas par le coordinateur qualité et dans 37 % des cas par un collaborateur de staff. Dans les hôpitaux psychiatriques on observe une tendance similaire. Dans les hôpi-

taux Sp la moitié des analyses sont réalisées par le coordinateur qualité ou un collaborateur de staff.

La catégorie 'autres' a été scindée comme suit:

- fonctions dirigeantes (directeur médical, directeur administratif, directeur du personnel, chefs de département);
- membres de comités et commissions (hygiène hospitalière, sécurité des patients, commission des plaintes, commission de signalement des incidents en matière de soins aux patients).

8. Actions d'amélioration définies

Les actions d'amélioration liées aux résultats de l'analyse des déclarations sont très diversifiées. Elles vont de l'amélioration de la communication au développement d'itinéraires cliniques. Les actions d'amélioration les plus fréquemment citées ont trait à la médication et la prévention des chutes.

- Les actions d'amélioration relatives à la médication portent notamment sur les aspects suivants: étiquetage, mise en œuvre d'un système électronique de prescription pour médicaments, optimisation du caractère univoque au niveau des prescriptions et suivi de l'antibiothérapie.
- Les actions définies en matière de prévention des chutes sont les suivantes: sol antidérapant dans les salles de bains, nouveau matériel de contention, accent sur le port de chaussures appropriées par les patients, état des lits comme point d'attention pour le personnel soignant, création d'un groupe de travail et mise au point d'un protocole pour la prévention des chutes.

CHAPITRE 5. PROJETS QUALITÉ

Conclusions clés

- Au total 506 projets ont été déposés: 305 par les hôpitaux aigus, 159 par les hôpitaux psychiatriques et 42 par les hôpitaux Sp.
- Les hôpitaux aigus ont déposé 305 projets, répartis en 16 thèmes. Parmi ces projets, 62 % sont rattachés au service et ont trait à des activités de soutien, à la médication, aux itinéraires cliniques et à l'hygiène hospitalière.
- Les hôpitaux psychiatriques ont introduit 159 projets, répartis sur 17 thèmes. Parmi ces projets, 55 % portent sur des activités de soutien et concernent la médication, la gestion du personnel, les transferts *intra et extramuros* et la problématique des agressions. En comparaison avec les hôpitaux aigus et Sp, on remarque que les hôpitaux psychiatriques formulent proportionnellement bien plus de projets axés sur la 'gestion du personnel' (8 %).
- Les hôpitaux Sp ont déposé 42 projets, répartis en 13 thèmes. Parmi ces projets, 64 % portent sur des activités de soutien ou ont trait à la médication, à l'hygiène hospitalière, à la prévention des chutes et à l'enregistrement et à l'analyse des incidents et presqu'incidents.
- La sécurité des médicaments est le sujet pour lequel tant les hôpitaux aigus que les hôpitaux psychiatriques et Sp ont introduit le plus grand nombre de projets.

INTRODUCTION

Dans la partie 5 du contrat, il a été demandé aux hôpitaux de remettre trois projets: un projet relatif à la performance économique ou à la capacité et l'innovation, un projet relatif à la performance clinique et un projet relatif à la sécurité des patients.

MÉTHODOLOGIE

Tous les projets soumis ont été lus et évalués par les collaborateurs de la cellule Qualité et Sécurité des patients. Par 'évaluer' l'on entend qu'il a été examiné dans quelle mesure les projets peuvent stimuler le partage d'expériences et constituer une source d'inspiration pour d'autres hôpitaux. Cet exercice s'est déroulé en trois phases:

1. Dans un premier temps, il a par exemple été vérifié si le thème du projet présentait un caractère novateur en termes de prestations de soins ou si le processus a correctement été mis au point. Pour que ce type d'évaluation soit possible, les projets ont été évalués sur base des questions suivantes:
 - Dans quelle mesure le management de l'hôpital a-t-il été associé à la préparation, à la mise en œuvre et au suivi du projet?
 - Quel était le niveau d'opérationnalisation du projet (service, département, hôpital)?
 - Le projet a-t-il fait l'objet d'une approche multidisciplinaire?
 - Le projet a-t-il été développé à partir de processus?
 - Le projet a-t-il enregistré des résultats et comment ceux-ci ont-ils été mesurés?
 - Des actions d'amélioration ont-elles déjà été formulées et comment sont-elles suivies?

L'analyse des projets a été complétée par l'organisation du symposium les 6 et 7 novembre 2008 lors de la semaine pour la sécurité des patients. Tous les projets ont été examinés en tenant compte des thèmes du symposium, à savoir, le rôle du management hospitalier dans la sécurité des patients, les *care bundles*, la sécurité des patients dans les hôpitaux psychiatriques et la sécurité des médicaments.

2. Dans un deuxième temps, les projets 'sélectionnés' à l'issue de la première phase, ont été relus en fonction des thèmes du symposium.
3. Dans une troisième phase, 18 projets francophones et néerlandophones d'hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp ont été retenus. Les collaborateurs

de la cellule Qualité et Sécurité des patients ont visité les hôpitaux ayant mené ces projets. L'objectif était de permettre un examen approfondi de ceux-ci pour une meilleure compréhension du contenu, de l'approche et de leur organisation dans les hôpitaux concernés. On a également demandé à l'hôpital de présenter le projet lors du symposium. À cet égard, la contribution tant du management hospitalier que du responsable de projet a été explicitement sollicitée.

En l'absence de définitions pour les notions de 'performance clinique', 'performance économique', 'capacité et innovation' et 'sécurité du patient', de nombreux hôpitaux n'ont pas placé les projets dans les domaines demandés. C'est la raison pour laquelle, lors de l'analyse, les projets ont été reclassés par thème.

RÉSULTATS

Dans cette partie les résultats ne sont analysés que sous l'angle quantitatif. Le nombre de projets introduits est additionné et ensuite listé par thématique et par type d'hôpital.

1. Nombre de projets déposés

Dans l'année de contrat 2007-2008, 164 hôpitaux ont participé, ce qui correspond théoriquement à 492 projets introduits (trois projets par hôpital). Or, au total, 506 projets ont été déposés: 305 projets par les hôpitaux aigus, 159 par les hôpitaux psychiatriques et 42 par les hôpitaux Sp. Cela signifie que des hôpitaux ont remis plus de trois projets.

2. Liste récapitulative des projets introduits par thème

Le but premier de cette partie du contrat étant de permettre aux hôpitaux d'échanger leurs expériences, une liste des projets déposés a été établie par thème et par type d'hôpital. De ce fait, les hôpitaux pourront plus facilement prendre contact avec d'autres établissements hospitaliers dont le(s) projet(s) traite(nt) du même sujet. L'autorité fédérale espère ainsi favoriser la création de réseaux entre hôpitaux. En toute logique, pour cette raison, aucune distinction n'est faite entre projets d'hôpitaux francophones et néerlandophones. Le numéro d'agrément de l'hôpital détermine l'ordre des projets.

Une liste détaillée de tous les projets par type d'hôpital et par thème est consultable sur www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

3. Thèmes des projets

Au total, pour les trois types d'hôpitaux, on a distingué 23 thèmes. Ceux-ci ont été classés par ordre décroissant de fréquence, à l'exception des 'autres thèmes de la gestion de la sécurité des patients', que l'on retrouve en fin de liste.

Tableau 1: relevé des thèmes des projets introduits par l'ensemble des hôpitaux participants (n = 164)

	<i>Thèmes des projets</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	Projets concernant des activités de soutien	79	15,6 %
2	Médication	65	12,8 %
3	Projets rattachés aux services	53	10,5 %
4	Itinéraires cliniques	33	6,5 %
5	Hygiène hospitalière	33	6,5 %
6	Gestion du personnel	24	4,7 %
7	Transferts <i>intra ou extramuros</i>	23	4,5 %
8	Malnutrition	23	4,5 %
9	Prévention des chutes	21	4,2 %
10	Enregistrement et analyse des incidents et presque incidents	21	4,2 %
11	Fixation	16	3,2 %
12	Temps d'attente	13	2,6 %
13	Gestion de la douleur	12	2,4 %
14	Agression	12	2,4 %
15	Escarres	10	2 %
16	Plan de soins du patient	10	2 %
17	Identification des patients	8	1,6 %
18	Projets liés aux pathologies	8	1,6 %
19	Dossiers patient	7	1,4 %
20	Isolement	7	1,4 %

	<i>Thèmes des projets</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
21	Suicide	4	0,8 %
22	Désintoxication	3	0,6 %
23	Autres thèmes de la gestion de la sécurité des patients	21	4,2 %
	<i>Total</i>	<i>506</i>	<i>100 %</i>

Les rubriques ‘projets concernant des activités de soutien’, ‘projets rattachés au service’ et ‘autres thèmes de la gestion de la sécurité des patients’ sont assez générales. Elles sont précisées ci-dessous.

Dans les ‘projets concernant des activités de soutien’, on trouve principalement des activités afférentes aux travaux d’infrastructure, à la gestion de l’énergie, à l’environnement, à la facturation, à la gestion des lits, etc.

Les ‘projets rattachés au service’ n’ont été déposés que par des hôpitaux aigus et traitent de sujets liés à des services ou départements spécifiques comme le département d’orthopédie, le bloc opératoire, le service de stérilisation, etc.

Les projets relatifs aux ‘autres thèmes de la gestion de la sécurité des patients’ concernent une variété de sujets, dont voici quelques exemples: carte de sécurité des patients, sensibilisation des patients aux risques d’institutionnalisation, analyse des risques, culture de l’organisation et implémentation d’un système de gestion de la sécurité.

Les thèmes sont regroupés par type d’hôpital. Les projets sont chaque fois classés, par thème et par ordre décroissant de fréquence, à l’exception des ‘autres thèmes de la gestion de la sécurité des patients’, que l’on retrouve en fin de liste.

4. Thèmes par type d'hôpital

Les hôpitaux aigus ont déposé 305 projets, répartis en 16 thèmes. Parmi ces projets, 62 % sont rattachés au service et ont trait à des activités de soutien, à la médication, aux itinéraires cliniques et à l'hygiène hospitalière.

Tableau 2: relevé des thèmes des projets introduits par les hôpitaux aigus (n = 305)

	<i>Hôpitaux aigus</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	Projets rattachés aux services*	53 (52)	17,4 %
2	Projets concernant des activités de soutien	42	13,8 %
3	Médication	38	12,5 %
4	Itinéraires cliniques	28	9,2 %
5	Hygiène hospitalière	28	9,2 %
6	Malnutrition*	18 (17)	5,9 %
7	Fixation	13	4,3 %
8	Transferts <i>intra ou extramuros*</i>	13 (12)	4,3 %
9	Prévention des chutes	11	3,6 %
10	Identification des patients	11	3,6 %
11	Gestion de la douleur	10	3,3 %
12	Gestion du personnel	9	3 %
13	Temps d'attente	8	2,6 %
14	Enregistrement et analyse des incidents et presque incidents	8	2,6 %
15	Escarres	7	2,3 %
16	Autres thèmes de la gestion de la sécurité des patients	8	2,6 %
	<i>Total</i>	<i>305</i>	<i>100 %</i>

* Un hôpital aigu n'a pas souhaité figurer dans une liste rendue publique reprenant les projets, ce qui explique le chiffre entre parenthèses pour trois thèmes.

Les hôpitaux psychiatriques ont déposé 159 projets, répartis en 17 thèmes. Parmi ces projets, 55 % portent sur des activités de soutien ou concernent la médication, la gestion du personnel, les transferts *intra et extramuros*, ainsi que la problématique des agressions. En comparaison avec les hôpitaux aigus et hôpitaux Sp, on remarque que les hôpitaux psychiatriques formulent proportionnellement bien plus de projets axés sur la 'gestion du personnel' (8 %).

Tableau 3: relevé des thèmes des projets introduits par les hôpitaux psychiatriques (n = 159)

	<i>Hôpitaux psychiatriques</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	Projets concernant des activités de soutien*	29 (28)	18,2 %
2	Médication	22	13,8 %
3	Gestion du personnel*	13 (12)	8,2 %
4	Transferts <i>intra ou extramuros</i>	12	7,5 %
5	Agression*	12 (11)	7,5 %
6	Plan de soins du patient	10	6,3 %
7	Enregistrement et analyse des incidents et presque incidents	9	5,7 %
8	Projets liés aux pathologies	8	5 %
9	Dossiers patient	7	4,4 %
10	Isolement	7	4,4 %
11	Malnutrition	4	2,5 %
12	Suicide	4	2,5 %
13	Fixation	3	1,9 %
14	Prévention des chutes	3	1,9 %
15	Désintoxication	3	1,9 %
16	Itinéraires cliniques	2	1,3 %
17	Autres thèmes de la gestion de la sécurité des patients	11	6,9 %
	<i>Total</i>	<i>159</i>	<i>100 %</i>

* Un hôpital psychiatrique n'a pas souhaité figurer dans une liste rendue publique reprenant les projets, ce qui explique le chiffre entre parenthèses pour trois thèmes.

Les hôpitaux Sp ont déposé 42 projets, répartis en 13 thèmes. Parmi ces projets, 64 % portent sur des activités de soutien ou ont trait à la médication, à l'hygiène hospitalière, à la prévention des chutes et à l'enregistrement et l'analyse des incidents et presqu'incidents.

Tableau 4: relevé des thèmes des projets introduits par les hôpitaux Sp (n = 42)

	<i>Hôpitaux Sp</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
1	Projets concernant des activités de soutien	8	19 %
2	Médication	5	11,9 %
3	Hygiène hospitalière	5	11,9 %
4	Prévention des chutes	5	11,9 %
5	Enregistrement et analyse des incidents et presqu'incidents	4	9,5 %
6	Itinéraires cliniques	3	7,1 %
7	Escarres	3	7,1 %
8	Fixation	2	4,8 %
9	Transferts <i>intra ou extramuros</i>	2	4,8 %
10	Malnutrition	1	2,4 %
11	Gestion du personnel	1	2,4 %
12	Gestion de la douleur	1	2,4 %
13	Autres thèmes de la gestion de la sécurité des patients	2	4,8 %
	<i>Total</i>	42	100 %

5. **Thèmes exclusifs et communs**

Certains sujets ont été introduits exclusivement par des hôpitaux aigus, d'autres par des hôpitaux psychiatriques. À côté de cela, bon nombre de thèmes ont également été formulés par les différents types d'hôpitaux.

Tous les hôpitaux participants ont introduit des projets portant sur au moins l'un des thèmes suivants: contention, enregistrement et analyse des incidents et presqu'incidents, prévention des chutes, malnutrition, transferts *intra et extramuros*, gestion du personnel, itinéraires cliniques et activités de soutien.

Les projets rattachés au service et les projets relatifs à l'identification des patients et aux temps d'attente n'ont été déposés que par des hôpitaux aigus.

Les projets liés à des pathologies et les projets relatifs aux questions de désintoxication, suicide, isolement, dossiers patient, plan de soins du patient et agressions, n'ont été introduits que par des hôpitaux psychiatriques.

Les projets ayant pour thème les escarres, la gestion de la douleur et l'hygiène hospitalière ont été déposés aussi bien par des hôpitaux aigus que par des hôpitaux Sp.

La sécurité des médicaments est le sujet ayant fait l'objet du plus grand nombre de projets déposés tant par les hôpitaux aigus et psychiatriques que par les hôpitaux Sp.

CHAPITRE 6.

LES INDICATEURS

Conclusions clés

- Cette section ne concerne que les hôpitaux aigus belges (97). Qui ont sélectionné ensemble 1.161 indicateurs.
- 2.487 actions d'amélioration ont été proposées en vue d'améliorer les résultats obtenus pour ces indicateurs.
- Les trois indicateurs les plus fréquemment sélectionnés se rapportant à la dimension de la performance clinique sont le 'taux de césariennes' (20 %), le 'taux de létalité intra-hospitalière après admission pour une fracture de hanche' (14 %) et la 'létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus du myocarde' (14 %).
- Les trois indicateurs les plus fréquemment sélectionnés se rapportant à la dimension de la performance économique sont le 'taux d'indépendance financière' (16 %), la 'performance en durée de séjour 1' (15 %) et 'l'acid test' (13 %).
- Les trois indicateurs les plus fréquemment sélectionnés se rapportant à la dimension de la capacité et innovation sont les 'itinéraires cliniques' (17 %), 'le taux de turn-over du personnel' (12 %) et le 'taux d'hospitalisation de jour' (11 %).
- Les trois indicateurs les plus fréquemment sélectionnés se rapportant à la dimension de la sécurité des patients sont 'l'ulcère de décubitus (PSI 3)' (13 %), la 'septicémie postopératoire (PSI 13)' (8 %) et la 'failure to rescue (PSI 4)' (7 %).
- De manière générale, la fonction de la personne citée comme responsable d'un indicateur est cohérente avec la spécificité de l'indicateur.
- Les actions d'amélioration sont classées sous les catégories suivantes: 'gestion (politique et stratégique)', 'organisation', 'gestion des données', '(in)formation' et 'itinéraires cliniques'.

INTRODUCTION

Ce chapitre présente l'analyse des indicateurs sélectionnés par les hôpitaux aigus belges (n = 97) participant au contrat 2007-2008. Dans les rapports 'Feedback multidimensionnel pour les hôpitaux' (FMH-2008), et 'Feedback des patient safety indicators' (PSI-2008), les hôpitaux ont dû choisir trois indicateurs dans chacune des quatre dimensions suivantes: performance économique (dans le FMH), capacité et innovation (dans le FMH), performance clinique (dans le FMH) et sécurité des patients (dans le PSI). Pour ces 12 indicateurs, ils ont dû citer, entre autres, la personne responsable de l'indicateur et les actions envisagées pour améliorer les résultats. Ces deux *feedbacks* ont permis de visualiser la performance et la sécurité au moyen d'indicateurs ainsi que de promouvoir l'utilisation des bases de données administratives. Leurs objectifs sont multiples, à savoir, se comparer à d'autres établissements (benchmarking), examiner les processus et activités internes afin de déclencher des actions d'amélioration et, dans certains cas, améliorer la récolte et la qualité des données.

Dans un premier temps, une image globale des indicateurs sélectionnés ainsi que les catégories d'actions d'amélioration sont présentées dans un descriptif général.

Dans un second temps, une liste des indicateurs classés par ordre décroissant de fréquence de sélection par les hôpitaux est fournie. Les indicateurs sont présentés par dimension tout en conservant leur ordre de publication dans les deux rapports de *feedback*.

Ensuite la fonction de la personne responsable de l'indicateur ainsi que les actions d'amélioration sont décrites.

La description de tous les indicateurs et une liste exhaustive des actions d'amélioration proposées par les hôpitaux, classées par type d'indicateur sont consultables sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

MÉTHODOLOGIE

Il a été demandé aux hôpitaux de répondre aux cinq questions suivantes pour chacun des indicateurs sélectionnés:

- description de l'indicateur
- personne de contact responsable du développement de l'indicateur
- quel est l'objectif fixé par l'hôpital en ce qui concerne cet indicateur?
- détaillez la situation actuelle en ce qui concerne cet indicateur
- quelles sont les actions d'amélioration définies concernant cet indicateur?

Le formulaire de réponses (*webtool*) invite les hôpitaux à compléter des informations sur les indicateurs par dimensions (performance économique, capacité et innovation, performance clinique et sécurité des patients).

Une liste de tous les indicateurs sélectionnés par les hôpitaux en respectant leur répartition dans une de ces quatre dimensions a été réalisée.

Ensuite, les indicateurs qui n'étaient pas placés dans la bonne dimension ont été corrigés et ceux qui n'étaient pas issus des *feedbacks* ont été éliminés.

Premièrement, par dimension, les trois à cinq indicateurs les plus fréquemment choisis par les hôpitaux, qui représentent ensemble minimum 50 % du nombre d'indicateurs sélectionnés par les hôpitaux (à l'exclusion des indicateurs classés dans la catégorie 'autres') ont été présentés. Ces indicateurs apparaissent en gras dans les tableaux intitulés 'fréquence de sélection'. Pour chacun de ces indicateurs issus des rapports FMH et PSI, les minimum, maximum et moyenne ou médiane des résultats obtenus par les hôpitaux ayant sélectionné l'indicateur ont été calculés. La description de tous les indicateurs est consultable sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

- Pour les indicateurs 'économiques' et 'capacité/innovation', seuls les résultats de l'année la plus récente ont été présentés.
- Pour les indicateurs 'sécurité des patients', les taux ont été calculés pour la période de 1999 à 2004.
- Pour les indicateurs de la 'performance clinique', les écarts du taux E(%) ont été calculés pour la période de 2001 à 2004 ou de 2002 à 2005. E(%) correspond à l'écart du taux de la période dans un hôpital par rapport à la moyenne nationale pour cette période.

L'analyse de ces chiffres a permis de comparer les résultats des hôpitaux ayant sélectionné l'indicateur par rapport aux résultats de l'ensemble des hôpitaux belges publiés dans les *feedbacks*.

Sachant que le but du contrat était de sélectionner des indicateurs à améliorer, il serait logique que les hôpitaux choisissent des indicateurs pour lesquels ils présentent de moins bons résultats.

Deuxièmement, la fonction assurée par la personne responsable de l'indicateur a été présentée.

Ces résultats sont affichés sous forme de tableaux de fréquence. Afin d'éviter la démultiplication des fonctions, des regroupements ont été effectués, aboutissant à une classification en 14 catégories (direction générale, direction gé-

nérale adjointe, département financier, direction administrative, département comptabilité, comité de direction, coordination qualité, département résumé hospitalier minimum (RHM), direction médicale, département infirmier/paramédical, département des ressources humaines (RH), département informatique, 'autres' et 'sans réponse'). Si une catégorie est vide, elle n'est pas reprise dans les tableaux.

Troisièmement, une liste exhaustive de toutes les actions d'amélioration proposées par les hôpitaux a été dressée. Ces résultats sont affichés sous forme de tableaux de fréquence. Pour rendre la lecture plus aisée, les actions d'amélioration ont été classées en six catégories identiques pour les quatre dimensions précitées. Si une catégorie est vide, elle n'est pas reprise dans les tableaux.

1. La catégorie 'gestion (politique et stratégique)' comprend toutes les actions d'amélioration en lien avec les objectifs stratégiques (par exemple définition des politiques de prévention, définition d'un plan stratégique...), la gestion des ressources humaines (engagement, salaires, avantages extra-légaux...), la participation à des campagnes ou à des projets, la création de groupes de travail, les gros investissements ou des achats peu concrets.
2. La catégorie 'organisation (mise en pratique sur le terrain)' comporte les actions traitant de la mise en place d'actions sur le terrain (par exemple mise en œuvre des politiques de prévention, réduction des délais de facturation...), de la révision ou création de procédures ou de protocoles, de la correction sur le terrain à partir de résultats observés, des achats (petits investissements concrets) et de gestion du personnel dans la pratique.
3. La catégorie 'gestion des données' traite de toutes les actions en lien avec le traitement des données: recueil, encodage, analyse, audits, benchmarking et suivi des données.
4. La catégorie '(in)formation (personnel, patients, clients/fournisseurs, famille...)' touche les aspects de sensibilisation, de formation, d'image de l'institution, de communication et de discussions en comité.
5. La catégorie 'itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)' reprend les aspects de création et de suivi de la méthodologie d'itinéraires cliniques. Notez que les aspects de gestion de données et (in)formation touchant les itinéraires cliniques ont été placés respectivement dans les catégories 3 et 4.

6. Une catégorie intitulée ‘non pertinent (n’est pas une mesure d’action)’ reprend des éléments qui ne sont pas des actions d’amélioration (par exemple poursuite des efforts, vérification de la validité des résultats du SPF, explication d’un mauvais résultat...) ou sans rapport apparent avec l’indicateur. Dans cette catégorie (et surtout pour la dimension de la performance économique) se trouvent des items jugés plus proches d’objectifs que de vraies actions d’amélioration.

Afin de limiter les effets subjectifs de cette classification d’actions d’amélioration, cet exercice a été réalisé à deux reprises. Ensuite, deux personnes distinctes ont analysé ensemble les différences observées et une tierce personne intervenait en cas de doute persistant.

De plus, une liste exhaustive des actions d’amélioration proposées par les hôpitaux classées par type d’indicateur est consultable sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

Les Limites les plus importantes sont présentées ci-dessous:

- Une première limite concerne les indicateurs sélectionnés par les hôpitaux qui ne sont pas issus des deux rapports de feedback. Une catégorie (‘autres’) leur a été assignée. Étant donné que celle-ci ne faisait pas l’objet du contrat, elle n’a pas été analysée plus en détail. Le nombre d’indicateurs se positionnant dans les catégories ‘autres’ pour chaque dimension (de 10 % à 29 %) est relativement élevé. Ceci représente une limite à l’obtention d’une vision globale de la situation des hôpitaux participants quant à l’usage des indicateurs issus des deux *feedbacks*.
- En outre, de nombreux hôpitaux n’ont pas consulté le rapport PSI pour sélectionner leurs indicateurs ‘sécurité des patients’, mais plutôt le rapport FMH, en les choisissant dans la dimension ‘orientation patient’ (comportant les indicateurs satisfaction du patient, information du patient ou médiation). Ceux-ci ont été classés dans la catégorie ‘autres’.
- Il faut également remarquer que le choix des catégories dans lesquelles les actions d’amélioration ont été classées demeure arbitraire et que le classement reste subjectif malgré toutes les précautions prises. Il est possible que le manque de précision dans la description des actions d’amélioration ait pu induire une mauvaise interprétation.

-
- Enfin, une dernière limite concerne les calculs des moyennes. Dans le FMH, le taux moyen est calculé sur l'ensemble des hôpitaux aigus belges. Par contre, pour cette analyse, la moyenne est calculée à partir des taux individuels des hôpitaux ayant choisi cet indicateur. L'influence des valeurs absolues dépendantes de la taille ou du volume d'activité des hôpitaux est donc perdue.

RÉSULTATS

1. *Descriptif général*

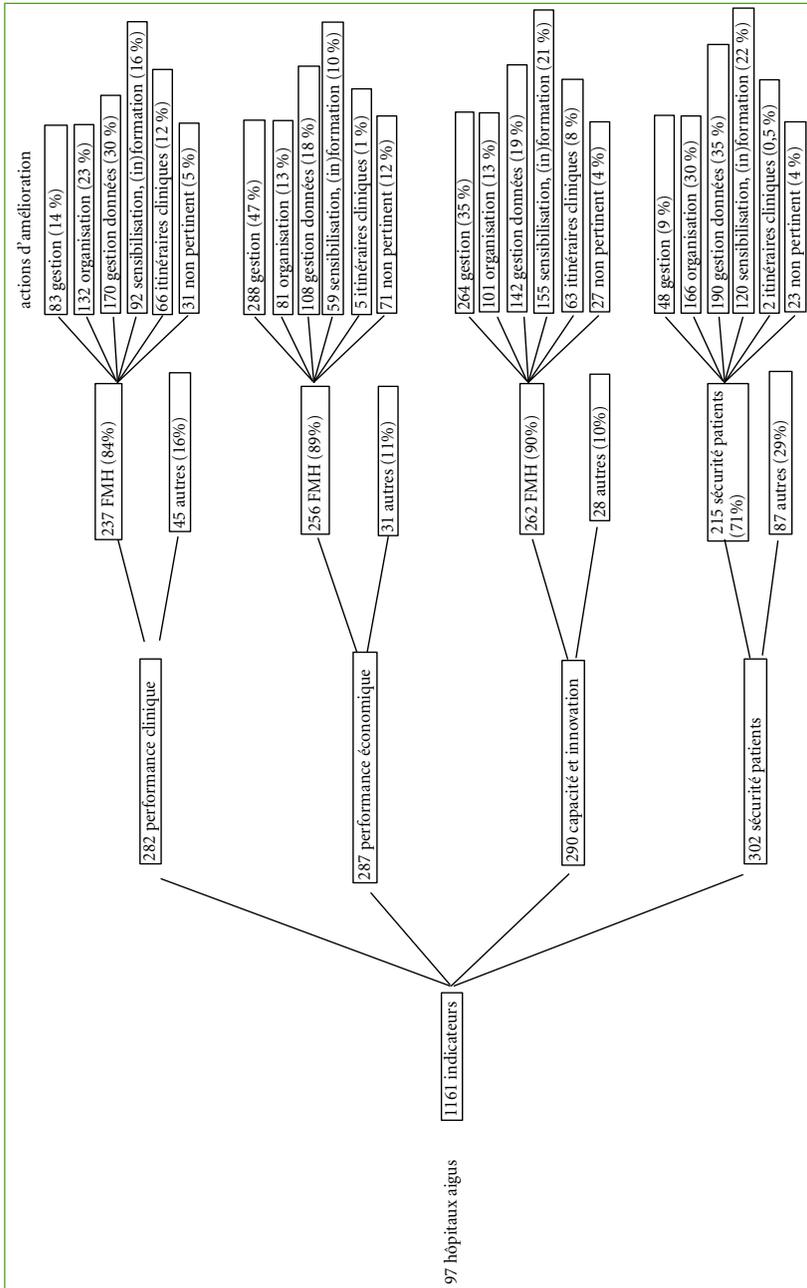
Ce descriptif général permet de mieux visualiser la répartition des indicateurs sélectionnés par les hôpitaux. 84 des 97 hôpitaux aigus ont sélectionné 12 indicateurs (comme demandé dans le contrat), sept en ont choisi plus de 12, et six moins de 12 pour un total de 1.162 indicateurs sélectionnés. La figure 1 présente la répartition des indicateurs par dimension.

Les catégories 'autres' varient de 10 % (n = 28) pour la dimension 'capacité et innovation' à 29 % (n = 87) pour la dimension des indicateurs 'sécurité des patients'.

Par ailleurs, 1 % des projets est mal localisé. Ces projets ont donc été replacés dans les catégories adéquates afin de faciliter les analyses.

Le nombre total d'actions d'amélioration mentionnées par les hôpitaux s'élève à 2.487 (à l'exclusion de la catégorie 'autres'), ce qui correspond à, en moyenne, trois actions d'amélioration par indicateur.

Figure 1: répartition des indicateurs et des actions d'amélioration qui y sont liés



2. Indicateurs performance clinique

La dimension ‘performance clinique’ regroupe les sept indicateurs présents dans le rapport FMH. Au total, 282 indicateurs ont été recueillis, dont 237 issus de ce rapport. La catégorie ‘autres’ compte 45 indicateurs, soit 16 % des indicateurs de cette dimension (par exemple prise en charge des patients diabétiques hors service de médecine interne, nombre d’interventions diététiques, taux de septicémie, utilisation des antibiotiques...). ‘Taux de césariennes’ (20 %), ‘taux de létalité intra-hospitalière après admission pour une fracture de hanche’ (14 %) et ‘létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus du myocarde’ (14 %) sont les trois indicateurs les plus fréquemment cités (voir tableau 1). Ces trois indicateurs sont décrits ci-dessous. La description de tous les indicateurs est consultable sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

Tableau 1: fréquence de sélection des indicateurs performance clinique (n = 282)

<i>Indicateurs ‘performance clinique’</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Taux de césariennes	56	19,86 %
Autres	45	15,96 %
Taux de létalité intra-hospitalière après admission pour une fracture de la hanche	40	14,18 %
Létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde	39	13,83 %
Taux de létalité intra-hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu	37	13,12 %
Taux de cholécystectomie laparotomique	30	10,64 %
Taux de létalité intra-hospitalière après admission pour pneumonie	23	8,16 %
Taux de létalité intra-hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive	12	4,26 %
<i>Total</i>	282	100 %

2.1. Taux de césariennes (n = 56)

Les écarts du taux de la période pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre -66 (meilleur résultat) et 54 (moins bon résultat). Le taux moyen des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est légèrement plus élevé (+ 6,02 %) que celui de l'ensemble des hôpitaux belges, comme calculé dans le FMH.

Résultats	période E (%)
Meilleur résultat	-66,00
Moyenne	6,02
Moins bon résultat	54,00

Dans 80 % des cas, la direction médicale est responsable de cet indicateur.

Responsabilité	n	%
Direction médicale	45	80,36 %
Département infirmier	3	5,36 %
Coordination qualité	2	3,57 %
Direction générale	1	1,79 %
Comité de direction	1	1,79 %
Autre	4	7,14 %

Les 136 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion des données' (40 %) et 'sensibilisation, (in)formation' (22 %).

Catégories d'actions d'amélioration	n	%
Gestion des données	54	39,71 %
Sensibilisation, (in)formation	30	22,06 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	27	19,85 %
Gestion (politique et stratégique)	8	5,88 %
Itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)	8	5,88 %
Non pertinent	9	6,62 %

2.2. Létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde (IAM) (n = 39)

Les écarts du taux de la période pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre -46 (meilleur résultat) et 155 (moins bon résultat). Le taux moyen des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est plus élevé (+ 15,72 %) que celui de l'ensemble des hôpitaux belges, comme calculé dans le FMH.

Résultats	période E (%)
Meilleur résultat	-46,00
Moyenne	15,72
Moins bon résultat	155,00

Dans 95 % des cas la direction médicale est responsable de cet indicateur.

Responsabilité	n	%
Direction médicale	37	94,87 %
Coordination qualité	1	2,56 %
Autre	1	2,56 %

Les 108 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion des données' (27 %) et 'organisation (mise en pratique sur le terrain)' (22 %).

Catégories d'actions d'amélioration	n	%
Gestion des données	29	26,85 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	24	22,22 %
Sensibilisation, (in)formation	21	19,44 %
Gestion (politique et stratégique)	18	16,67 %
Itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)	12	11,11 %
Non pertinent	4	3,70 %

2.3. Taux de létalité intra-hospitalière après une admission pour une fracture de la hanche (n = 40)

Les écarts du taux de la période pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre -54 (meilleur résultat) et 63 (moins bon résultat). Le taux moyen des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est plus élevé (+ 9,39 %) que celui de l'ensemble des hôpitaux belges, comme calculé dans le FMH.

Résultats	période E (%)
Meilleur résultat	-54,00
Moyenne	9,39
Moins bon résultat	63,00

Dans 78 % des cas la direction médicale est responsable de cet indicateur.

Responsabilité	n	%
Direction médicale	31	77,50 %
Département infirmier	2	5,00 %
Comité de direction	1	2,50 %
Coordination qualité	1	2,50 %
Autre	5	12,50 %

Les 72 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion des données' (32 %) et 'itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)' (22 %).

Catégories d'actions d'amélioration	n	%
Gestion des données	23	31,94 %
Itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)	16	22,22 %
Gestion (politique et stratégique)	13	18,06 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	11	15,28 %
Sensibilisation, (in)formation	4	5,56 %
Non pertinent	5	6,94 %

Pour ces trois indicateurs les plus fréquemment sélectionnés, les hôpitaux les ayant choisis présentent, dans l'ensemble, de moins bons résultats avec des taux moyens plus élevés que ceux de l'ensemble des hôpitaux belges présentés dans le FMH. La direction médicale est le département le plus impliqué. Les actions d'amélioration se situent principalement au niveau de la 'gestion des données', suggérant que les résultats des indicateurs du FMH ont stimulé ces hôpitaux à regarder la qualité et le suivi des données.

3. Indicateurs performance économique

La dimension de la 'performance économique' regroupe les 10 indicateurs issus du rapport FMH. Au total 287 indicateurs ont été recueillis, dont 256 issus de ce rapport. La catégorie 'autres' compte 31 indicateurs, soit 11 % des indicateurs de cette dimension (par exemple absentéisme du personnel de nettoyage, redistribution du médicament en pharmacie, optimisation de la gestion des lits...). 'Taux d'indépendance financière' (16 %), 'performance en durée de séjour 1' (16 %) et 'acid test' (13 %) sont les 3 indicateurs les plus fréquemment plébiscités (voir tableau 2). Ces 3 indicateurs sont décrits ci-dessous. La description de tous les indicateurs est consultable sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

Tableau 2: fréquence de sélection des indicateurs 'performance économique' (n = 287)

<i>Indicateurs 'performance économique'</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Taux d'indépendance financière	47	16,38 %
Performance en durée de séjour 1	45	15,68 %
Acid test	37	12,89 %
Autres	31	10,80 %
Rentabilité 1	30	10,45 %
Niveau de cash-flow	28	9,76 %
Performance en durée de séjour 2	26	9,06 %
Couverture financière	13	4,53 %
Rentabilité 1bis	12	4,18 %
Rentabilité 2	11	3,83 %
Rentabilité 2bis	7	2,44 %
<i>Total</i>	287	100 %

3.1. Taux d'indépendance financière (n = 47)

La médiane nationale en 2005 pour cet indicateur du FMH est de 29,79. Les hôpitaux qui ont choisi cet indicateur se situent entre la 1^{ère} et la 112^{ème} position, avec des valeurs allant de 1,24 à 76,94 pour l'année 2005. La médiane des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est similaire à celle de l'ensemble des hôpitaux belges.

Résultats	2005
Meilleur résultat	76,94
Médiane	30,31
Moins bon résultat	1,24

Dans 68 % des cas le département financier est responsable de cet indicateur.

Responsabilité	n	%
Département financier	32	68,09 %
Direction générale	5	10,64 %
Direction administrative	3	6,38 %
Direction générale adjointe	2	4,26 %
Département comptabilité	2	4,26 %
Comité de direction	1	2,13 %
Coordination qualité	1	2,13 %
Sans réponse	1	2,13 %

Les 100 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans la catégorie 'gestion (politique et stratégique)' (49 %).

Catégories d'actions d'amélioration	n	%
Gestion (politique et stratégique)	49	49,00 %
Gestion des données	14	14,00 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	8	8,00 %
Sensibilisation, (in)formation	2	2,00 %
Non pertinent	27	27,00 %

3.2. Acid test (n = 37)

La médiane nationale en 2005 pour cet indicateur du FMH est de 1,27. Les hôpitaux qui ont choisi cet indicateur se situent entre la 9^{ème} et la 111^{ème} position, avec des valeurs allant de 0,59 à 2,57 pour l'année 2005.

Au vu de l'évolution des médianes de 2002 à 2005, les hôpitaux ayant sélectionné cet indicateur sont ceux qui ont le plus rapidement amélioré leur résultat au cours de ces quatre années. En effet, pour ces quatre années, les médianes de tous les hôpitaux belges augmentent également, mais moins rapidement que celles des hôpitaux ayant sélectionné cet indicateur (médiane en 2002: 0,97 < 1,06 (médiane nationale) et en 2005: 1,40 > 1,27 (médiane nationale)).

Résultats	2005
Meilleur résultat	2,57
Médiane	1,40
Moins bon résultat	0,59

Dans 76 % des cas, le département financier est responsable de cet indicateur.

Responsabilité	n	%
Département financier	28	75,68 %
Direction générale adjointe	2	5,41 %
Département comptabilité	2	5,41 %
Comité de direction	2	5,41 %
Direction administrative	1	2,70 %
Sans réponse	2	5,41 %

Les 92 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion (politique et stratégique)' (51 %) et 'organisation (mise en pratique sur le terrain)' (27 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestion (politique et stratégique)	47	51,09 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	25	27,17 %
Gestion des données	10	10,87 %
Sensibilisation, (in)formation	2	2,17 %
Non pertinent	8	8,70 %

3.3. Performance en durée de séjour 1 (n = 45)

La médiane nationale en 2007 pour cet indicateur du FMH est de 95,76. Les hôpitaux qui ont choisi cet indicateur se situent entre la 5^{ème} et la 113^{ème} position, avec des valeurs allant de 68,17 à 107,89 pour l'année 2007. La médiane des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est similaire à celle de l'ensemble des hôpitaux belges.

<i>Résultats</i>	<i>2007</i>
Meilleur résultat	107,89
Médiane	95,54
Moins bon résultat	68,17

La responsabilité de cet indicateur appartient majoritairement au département financier (29 %) ou au département médical (22 %).

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Département financier	13	28,89 %
Département médical	10	22,22 %
Service RHM	8	17,78 %
Direction générale	6	13,33 %
Direction administrative	3	6,67 %
Direction générale adjointe	2	4,44 %
Autre	2	4,44 %
Sans réponse	1	2,22 %

Les 109 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion (politique et stratégique)' (27 %), 'sensibilisation, (in)formation' (26 %) et 'gestion des données' (21 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestion (politique et stratégique)	29	26,61 %
Sensibilisation, (in)formation	28	25,69 %
Gestion des données	23	21,10 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	20	18,35 %
Itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)	4	3,67 %
Non pertinent	5	4,59 %

Les hôpitaux ayant choisi les indicateurs 'taux d'indépendance financière' et 'performance en durée de séjour 1' ont des médianes similaires. Quant aux hôpitaux ayant sélectionné l'indicateur 'acid test', ils ont amélioré plus rapidement leur résultat au cours des dernières années que l'ensemble des hôpitaux belges. Les médianes passent de 0,97 en 2002 à 1,4 en 2005 pour les hôpitaux ayant sélectionné cet indicateur contre 1,06 en 2002 à 1,27 en 2005 pour les résultats globaux de la Belgique.

Le département financier est le plus fréquemment impliqué pour les indicateurs 'taux d'indépendance financière' et 'acid test', tandis que l'indicateur 'performance en durée de séjour 1' est pris en charge par le département financier, le département médical et le service RHM.

Les actions d'amélioration quant à elles, se situent dans le domaine 'gestion (politique et stratégique)' pour les deux premiers indicateurs. Par contre, pour l'indicateur 'performance en durée de séjour 1', on constate une répartition plus uniforme (de 18 à 26 %) entre les domaines 'gestion (politique et stratégique)', 'sensibilisation, (in)formation', 'gestion des données' et 'organisation (mise en pratique sur le terrain)'.

4. Indicateurs capacité et innovation

La dimension 'capacité et innovation' regroupe les 11 indicateurs présents dans le rapport FMH. L'indicateur 'maintien de l'outil' est composé de deux sous-indicateurs. Au total 290 indicateurs ont été recueillis, dont 262 issus de ce rapport. La catégorie 'autres' compte 28 indicateurs, soit 10 % des indicateurs

de cette dimension (par exemple coût de l'énergie au m², taux d'utilisation du bloc opératoire...). 'Itinéraires cliniques' (17 %), 'taux de turn-over du personnel' (12 %), 'taux d'hospitalisation de jour' (11 %) et 'utilisation de la capacité d'hospitalisation' (9 %) sont les quatre indicateurs les plus fréquemment cités (voir tableau 3). Ces 4 indicateurs sont décrits ci-dessous. La description de tous les indicateurs est consultable sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

Tableau 3: fréquence de sélection des indicateurs 'capacité et innovation' (n = 290)

<i>Indicateurs 'capacité et innovation'</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Itinéraires cliniques	49	16,90 %
Taux de turn-over du personnel	34	11,72 %
Taux d'hospitalisation de jour	33	11,38 %
Autres	28	9,66 %
Utilisation de la capacité d'hospitalisation	27	9,31 %
Degré de qualification du personnel de soins	26	8,97 %
Degré de spécialisation des infirmiers	20	6,90 %
Coûts informatiques	18	6,21 %
Élimination des déchets	18	6,21 %
Maintien de l'outil	18	6,21 %
Taux de personnel intérimaire	11	3,79 %
Vacances de postes infirmiers	8	2,76 %
<i>Total</i>	<i>290</i>	<i>100 %</i>

4.1. Utilisation de la capacité d'hospitalisation (n = 27)

La médiane nationale en 2007 pour cet indicateur du FMH est de 96,35. Les hôpitaux qui ont choisi cet indicateur se situent entre la 6^{ème} et la 113^{ème} position, avec des valeurs allant de 56,19 à 112,3 pour l'année 2007. La médiane des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est proche de celle de l'ensemble des hôpitaux belges.

<i>Résultats</i>	2007
Meilleur résultat	112,30
Médiane	93,87
Moins bon résultat	56,19

La responsabilité de cet indicateur appartient majoritairement à la direction générale (30 %) ou au département médical (26 %).

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Direction générale	8	29,63 %
Département médical	7	25,93 %
Service RHM	4	14,81 %
Département financier	2	7,41 %
Comité de direction	2	7,41 %
Direction administrative	1	3,70 %
Département infirmier	1	3,70 %
Département informatique	1	3,70 %
Sans réponse	1	3,70 %

Les 65 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion (politique et stratégique)' (40 %) et 'gestion des données' (25 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestion (politique et stratégique)	26	40,00 %
Gestion des données	16	24,62 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	11	16,92 %
Sensibilisation, (in)formation	9	13,85 %
Itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)	1	1,54 %
Non pertinent	2	3,08 %

4.2. Taux d'hospitalisation de jour (n = 33)

La médiane nationale en 2007 pour cet indicateur du FMH est de 77,9. Les hôpitaux qui ont choisi cet indicateur se situent entre la 1^{ère} et la 106^{ème} position, avec des valeurs allant de 66,13 à 89,44 pour l'année 2007. La médiane des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est similaire à celle de l'ensemble des hôpitaux belges. Notons toutefois que l'hôpital le mieux classé (1^{ère} position) a choisi de travailler sur cet indicateur.

Résultats	2007
Meilleur résultat	89,44
Médiane	76,54
Moins bon résultat	66,13

Dans 52 % des cas, le département médical est responsable de cet indicateur.

Responsabilité	n	%
Département médical	17	51,52 %
Département financier	5	15,15 %
Direction générale	3	9,09 %
Département infirmier	2	6,06 %
Direction administrative	1	3,03 %
Comité de direction	1	3,03 %
Service RHM	1	3,03 %
Autre	1	3,03 %
Sans réponse	2	6,06 %

Les 75 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'sensibilisation, (in)formation' (28 %), 'gestion (politique et stratégique)' (24 %) et 'organisation (mise en pratique sur le terrain)' (24 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sensibilisation, (in)formation	21	28,00 %
Gestion (politique et stratégique)	18	24,00 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	18	24,00 %
Gestion des données	13	17,33 %
Non pertinent	5	6,67 %

4.3. Taux de turn-over du personnel (n = 34)

La médiane nationale en 2005 pour cet indicateur du FMH est de 17,73. Les hôpitaux qui ont choisi cet indicateur se situent entre la 3^{ème} et la 109^{ème} position, avec des valeurs allant de 4,95 à 54,66 pour l'année 2005. La médiane des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est similaire à celle de l'ensemble des hôpitaux belges.

<i>Résultats</i>	<i>2005</i>
Meilleur résultat	4,95
Médiane	18,15
Moins bon résultat	54,66

La responsabilité de cet indicateur appartient majoritairement au département des ressources humaines (50 %) ou au département infirmier (32 %).

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Département RH	17	50,00 %
Département infirmier	11	32,35 %
Direction administrative	2	5,88 %
Département financier	1	2,94 %
Direction générale	2	5,88 %
Comité de direction	1	2,94 %

Les 132 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion (politique et stratégique)' (46 %), 'gestion des données' (29 %) et 'sensibilisation, (in)formation' (22 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestion (politique et stratégique)	61	46,21 %
Gestion des données	38	28,79 %
Sensibilisation, (in)formation	29	21,97 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	2	1,52 %
Non pertinent	2	1,52 %

4.4. Itinéraires cliniques (n = 49)

Cet indicateur est construit sur base du pourcentage de patients éligibles admis au cours de l'année ayant suivi l'itinéraire clinique dans l'hôpital. Les hôpitaux qui ont choisi cet indicateur se situent entre la 4^{ème} et la 115^{ème} position pour l'année 2005. Malgré que ce soit l'indicateur le plus fréquemment choisi, les comparaisons seraient hasardeuses en raison du nombre de 'non-réponses' dans le rapport FMH.

La responsabilité de cet indicateur appartient majoritairement au département médical (45 %) ou au département infirmier (24 %).

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Département médical	22	44,90 %
Département infirmier	12	24,49 %
Coordination qualité	5	10,20 %
Direction générale	1	2,04 %
Autre	9	18,37 %

Les 142 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans la catégorie 'itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)' (44 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)	62	43,66 %
Sensibilisation, (in)formation	25	17,61 %
Gestion des données	23	16,20 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	19	13,38 %
Gestion (politique et stratégique)	9	6,34 %
non pertinent	4	2,82 %

Concernant les hôpitaux ayant choisi les quatre indicateurs les plus fréquemment sélectionnés aucune conclusion particulière par rapport aux résultats globaux pour la Belgique n'a été tirée, les médianes étant similaires ou des informations manquant dans le rapport FMH.

La responsabilité des directions varie en fonction des indicateurs. Pour l'indicateur 'taux de turn-over du personnel', en moyenne quatre actions d'amélioration par hôpital ont été choisies et trois pour l'indicateur 'itinéraires cliniques'. Il n'y a pas de catégorie dominante dans le classement des actions d'amélioration.

5. Indicateurs 'sécurité des patients'

La dimension 'sécurité des patients' regroupe les 20 indicateurs présents dans le rapport PSI. L'indicateur PSI 2 est composé de deux sous-indicateurs et l'indicateur PSI 4 de six sous-indicateurs. Au total 302 indicateurs ont été recueillis, dont 215 issus de ce rapport. La catégorie 'autres' compte 87 indicateurs, soit 29 % des indicateurs de cette dimension (par exemple médiation, information du patient, faute de médicament...). Les PSI 'Ulcère de décubitus' (13 %), 'septicémie postopératoire' (8 %), 'failure to rescue' (7 %), 'infections liées aux soins' (6 %) et 'mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité' (6 %) sont les cinq indicateurs les plus fréquemment cités (voir tableau 4). Ces cinq indicateurs sont décrits ci-dessous. La description de tous les indicateurs est consultable sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

Tous les taux mentionnés ci-dessous ne concernent que l'hospitalisation classique (exprimés en taux pour 1.000 séjours).

Tableau 4: fréquence de sélection des indicateurs sécurité des patients (PSI) (n = 302)

<i>Indicateurs sécurité des patients</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Autre	87	28,81 %
Ulcère de décubitus	38	12,58 %
Septicémie postopératoire	23	7,62 %
'Failure to rescue'	22	7,28 %
Infections liées aux soins	18	5,96 %
Mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité	18	5,96 %
Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire	13	4,30 %
Réaction à la transfusion	12	3,97 %
Corps étranger laissé au cours d'une intervention	9	2,98 %
Fracture de hanche postopératoire	8	2,65 %
Insuffisance respiratoire postopératoire	8	2,65 %
Complications d'anesthésie	8	2,65 %
Déhiscence de plaie opératoire après une chirurgie abdominopelvienne	7	2,32 %
Hémorragie ou hématome postopératoire	6	1,99 %
Traumatisme obstétrical au cours d'une césarienne	5	1,66 %
Pneumothorax iatrogène	4	1,32 %
Complications physiologiques et métaboliques postopératoires	4	1,32 %
Piqûre ou laceration accidentelle	4	1,32 %
Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse assisté par instrumentation	4	1,32 %
Traumatisme obstétrical au cours d'un accouchement par voie basse assisté sans instrumentation	3	0,99 %
Traumatisme obstétrical du nouveau-né	1	0,33 %
<i>Total</i>	<i>302</i>	<i>100 %</i>

5.1. Mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité (n = 18)

Cet indicateur est composé de deux sous-indicateurs, à savoir la ‘mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité (adultes)’ (n = 15) et la ‘mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité (enfants)’ (n = 3).

5.1.1. Mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité (adultes) (n = 15)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 0,67 (pour 1.000 séjours). Les taux pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre 0,39 et 3,62. Le taux moyen (1,23/1.000 séjours) des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est plus élevé que celui de l’ensemble des hôpitaux belges.

Résultats	Taux (/1.000 séjours)
Meilleur résultat	0,39
Moyenne	1,23
Moins bon résultat	3,62

5.1.2. Mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité (enfants) (n = 3)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 0,22 (pour 1.000 séjours). Les taux pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre 0,2 et 0,65. Le taux moyen (0,45/1.000 séjours) des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est plus élevé que celui de l’ensemble des hôpitaux belges.

Résultats	Taux (/1.000 séjours)
Meilleur résultat	0,20
Moyenne	0,45
Moins bon résultat	0,65

Pour les adultes et les enfants, dans 67 % des cas, la direction médicale est responsable de cet indicateur.

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Direction médicale	12	66,67 %
Service RHM	3	16,67 %
Direction générale adjointe	1	5,56 %
Autre	2	11,11 %

Les 26 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans la catégorie 'gestion des données' (54 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestion des données	14	53,85 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	3	11,54 %
Gestion (politique et stratégique)	3	11,54 %
Sensibilisation, (in)formation	2	7,69 %
Non pertinent	4	15,38 %

5.2. Ulcère de décubitus (n = 38)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 15,39 (pour 1.000 séjours). Les taux pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre 3,19 et 46,35. Le taux moyen (15,24/1.000 séjours) des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est similaire à celui de l'ensemble des hôpitaux belges.

<i>Résultats</i>	<i>Taux (/1.000 séjours)</i>
Meilleur résultat	3,19
Moyenne	15,24
Moins bon résultat	46,35

Dans 68 % des cas, le département infirmier est responsable de cet indicateur.

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Département infirmier	26	68,42 %
Direction médicale	4	10,53 %
Coordinateur qualité	2	5,26 %
Autre	6	15,79 %

Les 146 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'organisation (mise en pratique sur le terrain)' (34 %), 'sensibilisation, (in)formation' (27 %) et 'gestion des données' (27 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	50	34,25 %
Sensibilisation, (in)formation	40	27,40 %
Gestion des données	39	26,71 %
Gestion (politique et stratégique)	14	9,59 %
Non pertinent	3	2,05 %

5.3. 'Failure to rescue' (n = 22)

Cet indicateur est composé de six sous-indicateurs. Le nombre d'hôpitaux qui ont choisi ces sous-indicateurs est indiqué entre parenthèses:

- insuffisance rénale aiguë (n = 5)
- septicémie (n = 2)
- thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (n = 6)
- séjours avec complication de soins pour le choc ou l'arrêt cardiaque (n = 2)
- séjours avec complication de soins pour la pneumonie (n = 2)
- séjours avec complication de soins pour l'hémorragie digestive ou ulcère aigu (n = 5)

Vu les petits nombres, aucune conclusion n'est tirée.

5.3.1. Insuffisance rénale aigue (n = 5)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 284,34 (pour 1.000 séjours). Les taux pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre 273,76 et 473,68.

Résultats	Taux (/1.000 séjours)
Meilleur résultat	273,76
Moyenne	364,43
Moins bon résultat	473,68

5.3.2. Septicémie (n = 2)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 219,83 (pour 1.000 séjours). Les taux des 2 hôpitaux ayant choisi cet indicateur s'élèvent à 170,45 et 244,05.

Résultats	Taux (/1.000 séjours)
Meilleur résultat	170,45
Moyenne	207,25
Moins bon résultat	244,05

5.3.3. Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire (n = 6)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 119,98 (pour 1.000 séjours). Les taux pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre 56,6 et 176,83.

Résultats	Taux (/1.000 séjours)
Meilleur résultat	56,60
Moyenne	134,63
Moins bon résultat	176,83

5.3.4. Séjours avec complication de soins pour le choc ou l'arrêt cardiaque (n = 2)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 470,22 (pour 1.000 séjours). Les taux des deux hôpitaux ayant choisi cet indicateur s'élèvent à 258,06 et 482,35.

Résultats	Taux (/1.000 séjours)
Meilleur résultat	258,06
Moyenne	370,21
Moins bon résultat	482,35

5.3.5. Séjours avec complication de soins pour la pneumonie (n = 2)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 220,52 (pour 1.000 séjours). Les taux des 2 hôpitaux ayant choisi cet indicateur s'élèvent à 228,57 et 231,96.

Résultats	Taux (/1.000 séjours)
Meilleur résultat	228,57
Moyenne	230,27
Moins bon résultat	231,96

5.3.6. Séjours avec complication de soins pour l'hémorragie digestive ou ulcère aigu (n = 5)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 71,77 (pour 1.000 séjours). Les taux pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre 79,37 et 105,49.

Résultats	Taux (/1.000 séjours)
Meilleur résultat	79,37
Moyenne	94,00
Moins bon résultat	105,49

Dans l'ensemble, le département médical est responsable de cet indicateur dans 91 % des cas.

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Direction médicale	20	90,91 %
Direction générale adjointe	1	4,55 %
Autre	1	4,55 %

Les 40 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans la catégorie 'gestion des données' (40 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestion des données	16	40,00 %
Sensibilisation, (in)formation	8	20,00 %
Gestion (politique et stratégique)	6	15,00 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	6	15,00 %
Non pertinent	4	10,00 %

5.4. Infections liées aux soins (n = 18)

Deux types de complications de soins particulières sont ciblées dans cet indicateur: 'infection ou inflammation sur prothèse interne, implant ou greffe vasculaire, autre' et 'infection iatrogène, autre'.

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 1,64 (pour 1.000 séjours). Les taux pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre 0,38 et 5,07. Le taux moyen (2,02/1.000 séjours) des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est similaire à celui de l'ensemble des hôpitaux belges.

<i>Résultats</i>	<i>Taux (/1.000 séjours)</i>
Meilleur résultat	0,38
Moyenne	2,02
Moins bon résultat	5,07

La responsabilité de cet indicateur appartient majoritairement au département infirmier (50 %) ou à la direction médicale (44 %).

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Département infirmier	9	50,00 %
Direction médicale	8	44,44 %
Autre	1	5,56 %

Les 51 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion des données' (35 %) et 'organisation (mise en pratique sur le terrain)' (33 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestion des données	18	35,29 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	17	33,33 %
Sensibilisation, (in)formation	10	19,61 %
Gestion (politique et stratégique)	5	9,80 %
Itinéraires cliniques (création, suivi et méthodologie)	1	1,96 %

5.5. Septicémie postopératoire (n = 23)

Le taux national pour cet indicateur du PSI est de 14,3 (pour 1.000 séjours). Les taux pour les hôpitaux ayant choisi cet indicateur sont compris entre 5,13 et 30,49.

Le taux moyen (16,33/1.000 séjours) des hôpitaux ayant choisi cet indicateur est similaire à celui de l'ensemble des hôpitaux belges.

<i>Résultats</i>	<i>Taux (/1.000 séjours)</i>
Meilleur résultat	5,13
Moyenne	16,33
Moins bon résultat	30,49

Dans 83 % des cas la direction médicale est responsable de cet indicateur.

<i>Responsabilité</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Direction médicale	19	82,61 %
Département infirmier	2	8,70 %
Autre	2	8,70 %

Les 59 actions d'amélioration sont le plus fréquemment classées dans les catégories 'gestion des données' (37 %), 'organisation (mise en pratique sur le terrain)' (27 %) et 'sensibilisation, (in)formation' (24 %).

<i>Catégories d'actions d'amélioration</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Gestion des données	22	37,29 %
Organisation (mise en pratique sur le terrain)	16	27,12 %
Sensibilisation, (in)formation	14	23,73 %
Gestion (politique et stratégique)	4	6,78 %
Non pertinent	3	5,08 %

Concernant les hôpitaux ayant choisi les indicateurs 'ulcère de décubitus', 'infections liées aux soins' et 'septicémie postopératoire' aucune conclusion particulière par rapport aux résultats globaux pour la Belgique n'a été tirée, les taux moyens étant similaires. Quand aux hôpitaux ayant sélectionné l'indicateur 'mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité chez les adultes', ils présentent, dans l'ensemble, de moins bons résultats avec des taux moyens plus élevés que ceux de l'ensemble des hôpitaux belges.

Le département médical et le département infirmier sont les directions, les plus concernées pour les indicateurs PSI étudiés. L'indicateur 'ulcère de décubitus' est associé au plus grand nombre d'actions d'amélioration par hôpital (en moyenne 3,8 actions).

Pour les cinq indicateurs mentionnés ci-dessus, les actions d'amélioration se situent principalement dans la catégorie 'gestion des données' et, dans une moindre mesure, dans la catégorie 'organisation (mise en pratique sur le terrain)'.

CHAPITRE 7. RÉFLEXIONS SUR LE CONTRAT ET LE SOUTIEN DES HÔPITAUX PAR L'AUTORITÉ FÉDÉRALE

Conclusions clés

Les hôpitaux ont formulé plusieurs remarques sur le contrat et les commentaires sont généralement positifs concernant le soutien de l'autorité.

Les remarques formulées par les hôpitaux concernent:

- des formations et de l'information;
- la plateforme informatique d'encodage de leur rapport;
- du soutien financier;
- du soutien pour l'exécution du contrat;
- des outils;
- des délais plus longs;
- des possibilités de travailler en réseau;
- les remarques sur le contrat;
- l'élaboration d'un cadre légal concernant le système de notification des événements indésirables;
- un soutien par l'équipe du SPF SPSCAE;
- une harmonisation des politiques régionales et nationales;
- les indicateurs;
- l'effet positif du contrat sur la dynamique institutionnelle en termes de qualité et de sécurité des patients.

MÉTHODOLOGIE

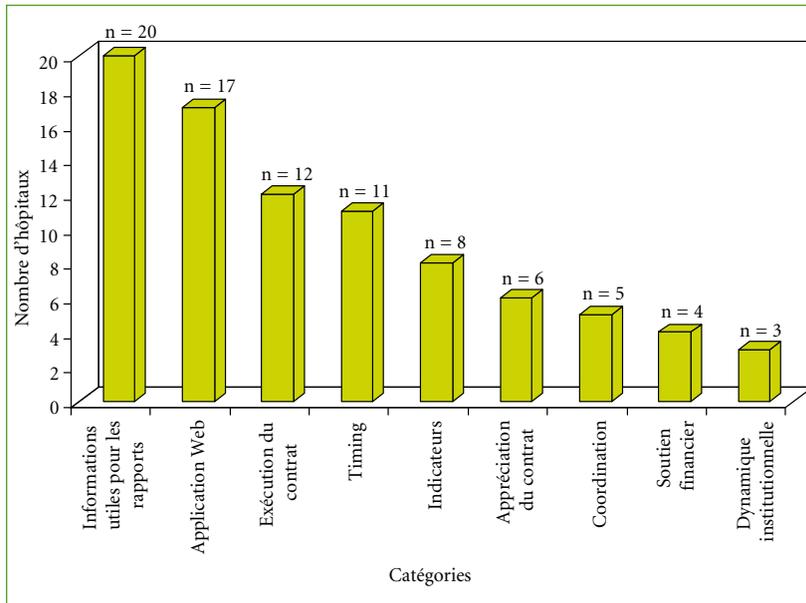
En épilogue au questionnaire adressé aux hôpitaux dans le cadre du contrat 'coordination de la qualité et de la sécurité des patients 2007-2008', deux questions ouvertes furent posées.

La première question offrait la possibilité d'émettre des remarques complémentaires ou interrogations au sujet du contrat.

La seconde question demandait aux hôpitaux quelles mesures de soutien du SPF SPSCAE permettraient d'améliorer davantage la qualité et la sécurité des patients.

Le graphique ci-dessous représente le nombre d'hôpitaux qui ont formulé des remarques en fonction des catégories de réponses.

Graphique 1: nombre d'hôpitaux ayant émis des remarques en fonction des catégories de réponses (n = 72)



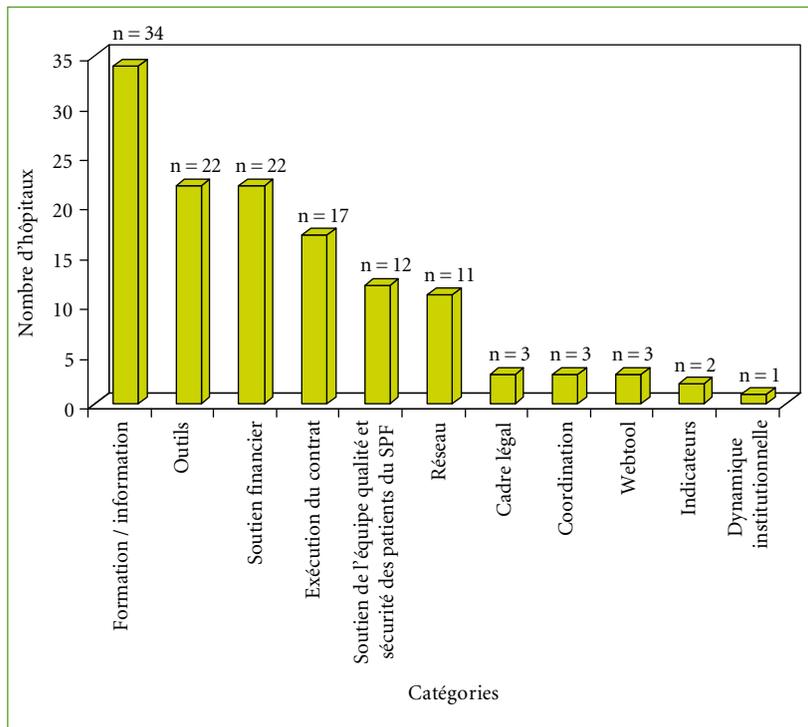
Un nombre important de remarques concerne la convivialité du *webtool* qui avait été développé; de nombreuses critiques ont été émises à ce sujet.

Un autre groupe important de remarques concerne la nécessité de différencier les contrats en fonction de la spécificité de l'hôpital: aigu, psychiatrique et Sp.

Les petites institutions ont attiré l'attention sur leur financement particulier. Elles ont d'ailleurs soulevé des remarques quant aux efforts demandés pour répondre au contrat.

La moitié des institutions a formulé des suggestions au sujet du soutien des hôpitaux par l'autorité fédérale. La répartition entre les différentes catégories est représentée dans le graphique ci-dessous.

Graphique 2: nombre d'hôpitaux ayant formulé des suggestions par catégorie (n = 82)



Il est important de noter qu'un nombre important d'hôpitaux souhaite avoir accès à l'information ou à des formations.

Il s'agit de la mise à disposition d'outils spécifiques, l'accompagnement des hôpitaux par la mise en place de réseaux interhospitaliers et la facilitation de la communication entre hôpitaux.

Le soutien proposé par l'autorité fédérale pour ce contrat a été apprécié par les hôpitaux. La perspective d'un plan pluriannuel pour la sécurité des patients contribue à une certaine dynamique institutionnelle.

Une présentation plus détaillée des remarques et suggestions formulées par les hôpitaux à propos du contrat est consultable sur le site www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport 2007-2008).

CHAPITRE 8.

ORIENTATIONS POUR L'AVENIR

Il est essentiel pour les hôpitaux de savoir et comprendre quelles sont les orientations stratégiques vers lesquelles les autorités publiques veulent tendre à long terme en matière de qualité et de sécurité des patients. L'autorité fédérale croit en une approche globale, intégrée et sur le long terme de la qualité et de la sécurité des patients, où cette sécurité des patients est perçue comme un élément de la qualité.

En prenant connaissance de ces orientations stratégiques, les hôpitaux seront en mesure, d'une part, de mieux intégrer dans leur fonctionnement de tous les jours le soutien et l'accompagnement que leur apportent les pouvoirs publics, et d'autre part, d'anticiper au niveau de leur politique les développements futurs initiés et appuyés par les autorités.

Il est essentiel pour les autorités de développer, dans les années à venir, une relation de collaboration avec les hôpitaux basée sur le 'partenariat', ce qui signifie que les autorités ne sont pas simplement perçues comme une 'instance de contrôle', mais recherchent activement, avec l'aide des hôpitaux, comment améliorer la performance de ces derniers au cours de la prochaine décennie. Les autorités veulent agir en interaction permanente avec le secteur, et ce tant au niveau de ses dirigeants et des médecins spécialistes qu'au niveau des travailleurs 'de terrain'. Cette interaction doit conduire à ce que les deux parties partagent une même vision de ce que doit être un hôpital 'performant' pour les 10 prochaines années.

C'est à la lumière de cette vision de ce que doivent être les pierres angulaires d'une politique hospitalière performante que le contrat 'qualité et sécurité des patients' pour les prochaines années a pris forme.

L'autorité voit quatre principes fondamentaux d'une politique hospitalière performante, à savoir: orientation client, innovation, esprit d'entreprise, et coopération et/ou travail en réseau.

- Orientation client

Les hôpitaux sont là avant tout pour satisfaire à la demande de leurs clients: ils doivent être fiables, compétents et sûrs. À cet égard, le principe – devenu entre-temps cliché – qui veut que le patient occupe une place centrale a de lourdes conséquences pour l'hôpital. Cela signifie que tous les prestataires de

soins et toutes instances autour du patient coordonnent leurs activités, afin que le patient sache rapidement quelle est la cause de son mal et pour que, de préférence aussitôt après, il puisse faire l'objet d'un traitement. L'orientation client se traduit aussi par un traitement respectueux et empathique du client, le respect de la vie privée, le fait d'être à l'écoute des désirs et besoins du client, une bonne information et un traitement ciblé des plaintes.

- Innovation

Les hôpitaux doivent en permanence faire preuve d'innovation dans l'amélioration et le renouvellement des méthodes de diagnostic, de traitements et de soins, ainsi que dans les domaines de la politique du personnel, de la politique des carrières, de la gestion des compétences et de l'organisation des services d'appui. L'évolution technologique (technologies de l'information et de la communication) entraînera, dans les prochaines années, d'importants changements dans les soins et leurs processus d'appui. Les hôpitaux doivent exceller, au niveau (inter)national, dans le traitement et les soins dispensés à certains groupes de patients et dans le développement de ces soins. La notion d'excellence porte également sur l'application de 'nouveaux' concepts de management, du moins en ce qui concerne leur application en milieu hospitalier.

- Esprit d'entreprise

Les hôpitaux doivent se considérer comme des entreprises de soins, axées sur les besoins des patients et attentifs envers leurs collaborateurs. Cela demande une façon de diriger particulière de la part du management de l'hôpital, qui doit à la fois être une source d'inspiration, savoir coacher et guider. La notion de leadership et les nouvelles formes d'organisation au sein des hôpitaux connaîtront un intérêt croissant dans le cadre de l'innovation et l'amélioration des processus de soins et de soutien.

- Travail en réseau

Les hôpitaux doivent poursuivre leurs objectifs stratégiques en concluant des associations avec des tiers. Les hôpitaux partagent leurs expériences dans le cadre d'un réseau local ou national, recherchent quelles sont les pratiques conseillées, et sont disposés à procéder à des études de benchmarking des principaux indicateurs. Ce travail en réseau peut s'effectuer au niveau des 'coordinateurs qualité', spécialistes, dirigeants, services d'appui, toutes ces parties se combinant entre elles.

C'est donc à la lumière de ces quatre principes fondamentaux que le plan pluriannuel en matière de qualité et de sécurité des patients a pris forme.

L'autorité fédérale exprime la volonté de voir les hôpitaux investir dans les prochaines années, de façon progressive et structurelle, dans la qualité et la sécurité des patients.

À cet effet, elle a prévu un financement complémentaire et structurel par le biais du contrat 'coordination qualité et sécurité des patients'. À partir de 2008 et jusqu'en 2012 les contrats reposeront sur trois piliers, présentés ci-dessous:

1) Développer et mettre en œuvre un système de gestion de la sécurité (SGS)

Dans le cadre de ce premier pilier, il est demandé aux hôpitaux de développer un système de gestion de la sécurité (SGS). Un SGS est une structure qui intègre à la fois des composantes nouvelles et existantes au niveau des méthodes, instruments et actions visant à améliorer la sécurité des patients. Dans les contrats des prochaines années, il sera demandé de développer progressivement un système de gestion de la sécurité. Pour le contrat 2008-2009, par exemple, il est ainsi demandé d'élaborer un plan de sécurité. Dans les années à venir, l'accent sera mis chaque fois sur un autre aspect, parmi lesquels, par exemple, un système de déclaration des incidents et presque incidents, un inventaire rétrospectif et proactif des risques, et une interaction transmurale. À l'horizon 2012, le but est que tous les hôpitaux disposent d'un système intégré de gestion de la sécurité.

2) Analyser et (re)développer un processus

Pour ce pilier, il est attendu des hôpitaux qu'ils procèdent chaque année à l'évaluation multidisciplinaire d'un processus de soins et ce tant au niveau du contenu des soins qu'au niveau du processus, pour finalement, en 2012, en arriver à l'évaluation d'un processus de soins transmurale.

3) Collecter les indicateurs multidimensionnels en matière de qualité et de sécurité du patient

Le but du pilier 'indicateurs' est d'apprendre aux hôpitaux à travailler progressivement avec des indicateurs liés à leurs objectifs stratégiques pour évoluer, à l'horizon 2012, vers l'emploi au sein de chaque hôpital d'un ensemble intégré et multidimensionnel d'indicateurs.

En résumé, le but est que tous les hôpitaux, à l'horizon 2012, disposent d'un système intégré de gestion de la sécurité, procèdent à une évaluation des pro-

cessus de soins *intra et extramuros*, et utilisent un ensemble intégré et multi-dimensionnel d'indicateurs.

Pour conclure, on peut affirmer que le plan pluriannuel contribue à ce que les hôpitaux belges investissent de manière permanente et intégrée dans la qualité et dans la sécurité dus patient.

Cette démarche marque l'entrée des hôpitaux belges dans le mouvement promu par les instances internationales.



VUE D'ENSEMBLE DES GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUÉS EN DATE DU 1^{ER} MARS 2009

Membres de la commission d'accompagnement pour la performance dans les hôpitaux*

Mr Casteleyn Hugo
Dr De Bakker Bert
Prof. Dr De Coster Patrick
Prof. Dr De Wever Alain
Prof. Dr Désir Daniel
Prof. Dr Durant Guy
Prof. Dr Gillet Pierre
Prof. Dr Kips Johan
Dr Rigauts Hans
Dr Vermeyen Karel

Membres du groupe de travail fédéral sécurité du patient*

Dr de Béthune Xavier
Mr Bruyneel Patrick
Mr De Greef Johan
Prof. Dr Desuter Gauthier
Dr Fivez Firmin
Prof. Dr Gillet Pierre
Mr Happe Christophe
Prof. Dr Francis Heller
Mr Hellings Johan
Prof. Dr Laurent Marius
Mr Meyers Ludo
Prof. Dr Robays Hugo
Mme Somers Annemie
Dr Van Looy Luc

Membres du groupe de travail fédéral juridique*

Prof. Dr Callens Stefaan
Mme Dijkhoffz Willeke
Mr Guinotte Laurent

Mme Huberts Claire
Dr Maes Sophie
Prof. Dr Schamps Genevieve
Mme Vandesteene Anne
Prof. Dr Vandewoude Koenraad
Dr Van Looy Luc
Prof. Dr Vansweevelt Thierry

* Nos remerciements vont également au Prof. Dr Arthur Vleugels, pour sa participation dans la commission d'accompagnement pour la performance dans les hôpitaux, dans le groupe de travail fédéral sécurité du patient, ainsi que dans le groupe de travail fédéral juridique.