

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES HÔPITAUX BELGES EN 2009

*Rapport sur le contrat «Coordination qualité et sécurité
des patients» 2008-2009*

Direction générale-Organisation des Établissements de Soins
Service des Soins Aigus, Chroniques et aux Personnes Âgées

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



.be

REMERCIEMENTS

L'équipe QS tient particulièrement à remercier:

- M. Christiaan Decoster, Directeur Général de la DG1, pour son soutien permanent au développement de la qualité et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges,
- les hôpitaux belges et leurs directions,
- leurs coordinateurs qualité,
- leurs collaborateurs sécurité des patients,
- les patients,
- les médecins,
- la cellule stratégique du Cabinet du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
- la Commission d'accompagnement pour la performance dans les hôpitaux,
- le groupe de travail fédéral Sécurité des patients,
- le groupe de travail Taxonomie,
- les services «Data management» et «Soins de santé psychosociaux» de la DG1
- tous les orateurs qui ont contribué aux workshops, journées d'étude, formations pratiques et symposiums.

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

© 2010 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 automatisés, ni diffusé, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation expresse et préalable et écrite de l'éditeur.

Depot: D/2010/2196/54
BP/PATIENF-BI10001

TABLE DES MATIÈRES

EXECUTIVE SUMMARY	7
RÉSUMÉ	13
PRÉFACE	19
INTRODUCTION	21
CHAPITRE 1. PILIER 1: LE DÉVELOPPEMENT ET L'IMPLÉMENTATION D'UN SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ	25
1. INTRODUCTION	26
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	26
2.1. Les éléments clés d'un système de gestion de la sécurité des patients	27
2.2. Le plan de sécurité des patients	28
2.3. Le contenu de la mesure de la culture de sécurité des patients et les actions d'amélioration	29
2.4. Les différents types d'indicateurs	32
2.5. Le Comité pour la sécurité des patients	32
3. RÉSULTATS	33
3.1. Nombre et contenu des plans de sécurité des patients présentés	33
3.2. Actions d'amélioration sur la base des résultats de la mesure de la culture de sécurité des patients	35
3.3. Actions d'amélioration sur plusieurs dimensions de la mesure de la culture de sécurité des patients	37
3.4. Le Comité pour la sécurité des patients	45
4. DISCUSSION	46
ANNEXE	49

CHAPITRE 2.	
PILIER 2: ANALYSER ET (RE)DÉVELOPPER UN PROCESSUS	55
1. INTRODUCTION	57
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	57
2.1. Terminologie	58
2.2. Les processus d'amélioration sélectionnés	58
2.3. La constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire (GTM)	60
2.4. L'utilisation de conventions entre services	60
2.5. Le plan en dix étapes	60
2.6. Les indicateurs	61
2.7. Les interventions clés	61
3. RÉSULTATS	62
3.1. Les processus d'amélioration sélectionnés	62
3.2. La constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire (GTM)	67
3.3. L'utilisation de conventions entre services	68
3.4. Le plan en dix étapes	68
3.5. Les indicateurs	70
3.6. Les interventions clés	76
4. DISCUSSION	82
CHAPITRE 3.	
PILIER 3: INDICATEURS	85
1. INTRODUCTION	87
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	88
2.1. Définition de la qualité et la sécurité des patients	88
2.2. Définition des indicateurs	88
2.3. Méthode de collecte des données	90
2.4. Méthode de traitement des données	91
3. RÉSULTATS	91
3.1. Taux de réponse	91
3.2. Nombre total de sources employées	92
3.3. Nombre total d'indicateurs	99
DISCUSSION	113
ANNEXE 1	115
ANNEXE 2	116

CHAPITRE 4.	
PLAN D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN	119
1. INTRODUCTION	120
2. CONTEXTE	120
2.1. Organisation de workshops, journées d'étude et ateliers	121
2.2. La mise à la disposition d'un relevé des formations existantes hors SPF	129
2.3. La stimulation de l'interaction avec les hôpitaux	129
2.4. La mise à la disposition d'un document de rapportage pour les hôpitaux (template)	129
2.5. Le développement d'un site Web	130
2.6. L'organisation annuelle d'une semaine et d'un symposium sur la sécurité des patients «Éviter l'évitable»	130
2.7. La stimulation et le soutien de réseaux hospitaliers	132
2.8. Le soutien d'un projet de Transfert Intra-Muros des patients	132
ANNEXE 1	135
ANNEXE 2	136
ANNEXE 3	137
ANNEXE 4	139
ANNEXE 5	140
ANNEXE 6	141
ANNEXE 7	142
ANNEXE 8	145
CHAPITRE 5.	
ORIENTATIONS POUR L'AVENIR	147
1. ORIENTATION CLIENT	148
2. INNOVATION	148
3. ENTREPRENEURIAT/SENS DE L'INITIATIVE	149
4. COLLABORATION/RÉSEAUX	149
RELEVÉ DES GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUÉS EN DATE DU 1 ^{er} JUIN 2010	151
Membres de la Commission d'accompagnement pour la performance hospitalière	151

Membres du groupe de travail fédéral Sécurité des patients	151
Membres du groupe de travail Taxonomie	152

EXECUTIVE SUMMARY

In order to progressively improve and support the coordination of quality and patient safety in Belgian hospitals additional financing has been granted as part of the 'budget of financial means' (part B4) since July 2007. For the contract year 2008-2009 this budget was 7,2 million euros. 91% (n= 185) of the acute, psychiatric and long term care hospitals have signed a contract with the Federal Government for the contract year 2008-2009. These hospitals have engaged themselves to invest in improvements in the field of quality and patient safety. The three pillars of the contract are: a patient safety management system, processes and indicators. This triad provides the basis for a multi-year plan: every year the participating hospitals are asked to make new investments in elements with regard to quality and patient safety.

After an introduction that sets the context, a first chapter is presented in which the results are described on pillar 1 (development of a patient safety management system). In a second chapter pillar two is presented, i.e. how hospitals have (re)designed a range of processes. In a third chapter the results of pillar 3 are described, including the indicators that hospitals are using for the management of quality and patient safety. In a fourth chapter the content of a Federal supporting plan for hospitals is described and in a fifth chapter the future orientations on quality and patient safety as defined by the Federal Government will be discussed.

Chapter 1. Safety management system

In this chapter, which was based on 'pillar 1' (safety management system) hospitals were asked to develop four elements:

- a multi-year patient safety plan including strategic and operational goals;
- two improvements based on the results of a former measurement of the patient safety culture;
- a description of the indicators used in relation to the aforementioned actions of improvement;
- and finally to what extent the committee on patient safety is responsible for the coordination and follow-up of patient safety activities.

Results of this pillar have shown that 84% (155 out of 185 hospitals) indeed have a patient safety plan of which 80% is part of a global hospital strategic

plan. In long term care hospitals patient safety plans are in 38% of the cases no part of the global strategic plan, although this was the case for 18% of acute and psychiatric hospitals.

The majority of the patient safety plans is defined as a multi-annual plan and includes both strategic and operational objectives.

Concerning the actions of improvement, data show that 82% (130 out of 158 hospitals) have defined such actions with indicators. A total of 264 actions were based on the results of a previous (2007-2008) patient safety culture measurement. One out of four actions of improvement targets transfer of patients, however very few actions target the dimension 'manager/supervisor expectations and actions on patient safety' (2%), 'openness towards communication' (3%), 'management support for patient safety' (6%) and a 'nonpunitive response to error' (7%). A total of 861 indicators were defined in relation to the 264 actions for improvement. Process indicators were most often cited (56%), followed by structural indicators (38%) and outcome indicators (7%). Ten percent of all hospitals (n=13) has cited no single indicator in relation to the actions for improvement and no single hospital has cited for one action of improvement clear indicators that refer to structure, as well to process and outcome.

Concerning the role of the committee on patient safety, data show that in 8 out of 10 hospitals this committee is responsible for the co-ordination and follow-up of activities on patient safety.

Chapter 2. Analysis and (re)design of a (care) process

In this chapter, which was based on 'pillar 2', ((re)design of processes), hospitals were asked to develop five elements:

- to select an existing or new process from a predefined list. *Acute hospitals* could choose from a list including three options, a) an intramural process on patient transfer, b) a process based on the results of clinical indicators from the 'Multidimensional Feedback to Hospitals', c) a process chosen from a list of pathologies. *Psychiatric hospitals* were asked to select from the following options: a) a process on aggression, b) a process related to a management priority, c) a process for which a high volume of admissions were realized in the year 2007 or d) an intramural process on patient transfer. *Long term care hospitals* were allowed to evaluate their performance based on: a) a process for which a high volume of admissions were realized in the year 2007, b) an intramural process on patient transfer.
- to indicate if for the selected processes a multidisciplinary team was set in place;
- to indicate if Service Level Agreements (SLA's) were used;

- to apply a 10-phase approach for the development, improvement or analysis of the selected processes;
- to identify specific indicators and key interventions in relation to the selected process. Key processes were defined as ‘those interventions that truly have an impact on the result and/or timeliness of the process.’

Hospitals (n=185) have submitted a total of 202 improvement processes of which 68% were care processes and 32% were related to intramural transfer. 51% of the care processes from *acute hospitals* dealt with total hip and knee replacement, breast cancer and stroke.

67% of the care processes from *psychiatric hospitals* dealt with management priorities including metabolic syndrome, medication, communication and prevention of falls. 30% of the psychiatric hospitals initiated processes on intramural transfer.

77% of the care processes from *long term care hospitals* were related to pathologies for which in the year 2007 a high number of admissions were realized, including stroke and total knee replacement.

For 73% of the identified improvement processes (147 out of 202) a multi-disciplinary team was set in place with no significant differences between the three types of hospitals. Data show that in 1 out of 5 improvement processes (22%) the processes were subjected to service level agreements (SLA's). In acute hospitals this was the case for 29% of the processes and in long term care and psychiatric hospitals this was the case for 18% and 9% of the processes, respectively.

The full 10-phase plan was applied in 15% (n=30) of all improvement processes. In acute hospitals this was done for 13% (n=17) of the processes, in psychiatric hospitals this was the case for 16% (9 out of 56 processes) and in long term care hospitals the number was 24% (4 out of 17).

Indicators were defined for 66% of the improvement processes; psychiatric hospitals had the highest number of processes with indicators (84%). For all hospitals together 73% of the indicators were related to care processes and 27% were dealing with intramural transfer processes (mainly intramural processes within one single hospital or hospital campus).

Key interventions were defined for 65% of the improvement processes the psychiatric hospitals had the highest number of processes with key interventions (82%). For all hospitals together 70% of the key interventions dealt with care processes.

Chapter 3. Indicators

In this chapter, which was based on ‘pillar 3’, (indicators) hospitals were asked to develop two elements:

- a description of the indicators that are used for the management of quality and patient safety, and;
- to indicate from which sources they derived the above indicators.

The majority of hospitals have succeeded in providing an overview of indicators that are used for the management of quality and patient safety. In this context, acute, psychiatric and long term care hospitals use very different sources for selecting indicators. The three main sources from which *acute hospitals* select indicators are the two feedback reports from the Federal Government (Multidimensional Feedback to Hospitals and the Patient Safety Indicators Report) and the indicators provided by the Scientific Institute of Public Health. 36% of the acute hospitals uses international sources for the selection of indicators. The three main sources used by *psychiatric hospitals* are their own hospital-based indicator sets, the indicator set from the Flemish Government and the indicators of ‘Navigator’. Only 4% of the psychiatric hospitals uses international sources for the selection of indicators. The three main sources from which *long term care hospitals* derive indicators are indicators provided by the Scientific Institute of Public Health, the indicator set of the Flemish Government and self-developed indicator sets. Only 5% of the long term hospitals uses international sources for the selection of indicators. A total of 3.944 indicators were cited by the hospitals of which 2.235 indicators by acute hospitals, 1.290 indicators by psychiatric hospitals and 419 indicators by long term care hospitals. The mean number of indicators per hospital was 95 (median: 91). The total number of indicators in the section ‘others’ (= indicators defined by the hospitals themselves) was 3.025 (77%) compared to 919 indicators (23%) listed in the overview provided by the Federal Government. Acute hospitals use on average the highest number of indicators, followed by psychiatric hospitals and long term care hospitals. Data show a large variability in the number and type of indicators used.

Further analysis of the pooled top-5 indicators for the 4 dimensions (20 indicators in total) shows that 65% of the indicators used by acute hospitals, are outcome indicators in contrast to process indicators (15%) and structure indicators (20%). The same analysis revealed that in psychiatric hospitals 65% of the indicators are outcome indicators, 20% process indicators and 15% structure indicators. In long term care hospitals 50% of the indicators are outcome indicators, only 25% of the indicators are process indicators and 25% are structure indicators.

The existing diversity in the number and type of indicators reflects different views on what is considered quality and patient safety in a hospital setting. Moreover, hospitals gave different meanings to what they consider to be an indicator, especially those indicators that were cited in the section ‘others’. For a substantial part of them there was no clear reference to a numerator, denominator, the validity or reliability of the indicator used.

Chapter 4. Supporting plan

The fourth chapter presents an overview of all types of support the Federal Government provided towards hospitals during the period 2007-2010.

Chapter 5. Future orientations

In a last and final chapter some major future strategic orientations are presented. The Federal Government has defined four building blocks that determine high quality hospital management. These are: focus on clients, innovation, entrepreneurship and collaboration and/or networking. Each of these building blocks will be presented in relation to the three pillars of the contract ‘Coordination of Quality and Patient Safety’.



RÉSUMÉ

Afin de stimuler et de soutenir la coordination de la qualité et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges, un financement supplémentaire est approuvé depuis juillet 2007 dans la sous-partie B4 du budget des moyens financiers. Pour l'année de contrat 2008-2009, il s'agit d'un budget de 7,2 millions d'euros. Un budget est réparti entre les 91 % (n = 185) des hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp ayant signé un contrat avec l'autorité fédérale, et dans lequel l'hôpital s'engage à mettre en œuvre des améliorations dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients, structurées autour de trois piliers. Ces piliers consistent en un système de gestion de la sécurité des patients, des processus et des indicateurs. Les trois piliers forment la base d'un plan pluriannuel dans lequel de nouveaux éléments à élaborer chaque année sont présentés aux hôpitaux.

Après la partie introductive, le premier chapitre est consacré aux résultats du pilier 1 concernant le développement d'un système de gestion de la sécurité (SGS) sont présentés. Dans le deuxième chapitre, le pilier 2 est traité, notamment sur la façon dont les hôpitaux ont révisé leurs processus de soins. Dans le troisième chapitre sont décrits les résultats du pilier 3, qui a trait aux indicateurs utilisés par les hôpitaux en 2008-2009 pour piloter la qualité et la sécurité des patients. Le quatrième chapitre présente le plan de soutien offert aux hôpitaux et, dans un cinquième chapitre, sont abordées les orientations pour l'avenir élaborées par l'autorité fédérale concernant la qualité et la sécurité des patients.

Chapitre 1. Système de gestion de la sécurité

Pour le premier pilier concernant le système de gestion de la sécurité, quatre éléments ont été demandés aux hôpitaux:

- développer un plan pluriannuel de sécurité des patients avec des objectifs stratégiques et opérationnels;
- réaliser deux actions d'amélioration sur la base des résultats de la mesure de la culture de sécurité des patients effectuée dans l'hôpital;
- identifier des indicateurs utilisés en rapport avec les actions d'amélioration;
- indiquer si le Comité pour la sécurité des patients est responsable de la coordination et du suivi des activités concernant la sécurité des patients.

Les résultats issus de l'analyse de ce premier pilier ont démontré que 84 % (155 sur 185) des hôpitaux participants ont présenté un plan de sécurité des patients, et que 80 % de ceux-ci font partie du plan stratégique général de l'hôpital. Dans les hôpitaux Sp, les plans de sécurité des patients ne font pas partie du plan stratégique général de l'hôpital dans un peu plus d'un cas sur trois, et dans 18 % des cas dans les hôpitaux aigus et psychiatriques.

Les plans de sécurité sont presque toujours pluriannuels. Ils contiennent généralement des objectifs stratégiques et opérationnels. Concernant la réalisation des actions d'amélioration, il s'avère que 82 % (130 sur 158) des hôpitaux ont formulé des actions d'amélioration avec des indicateurs. Il s'agit, au total, de 264 actions d'amélioration basées sur la mesure de la culture de sécurité des patients de la première année de contrat (2007-2008). Globalement, une action d'amélioration sur quatre traite de la transmission des informations et des transferts. Malgré les possibilités d'amélioration en lien avec le renforcement du leadership, peu d'actions d'amélioration sont formulées pour les dimensions «gestion/supervision des attentes et actions visant à promouvoir la sécurité des patients» (2 %), «ouverture à la communication» (3 %), «soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients» (6 %) et «absence de sanction face aux erreurs» (7 %). Pour les 264 actions d'amélioration, 861 indicateurs ont été formulés. On retrouve le plus fréquemment des indicateurs de processus (56 %), suivis par les indicateurs de structure (38 %) et les indicateurs de résultat (7 %). Si 10 % des hôpitaux (n=13) ne formulent aucun indicateur par rapport aux actions d'amélioration entamées, aucun hôpital ne formule d'indicateurs pour une même action d'amélioration ayant trait aussi bien aux structures qu'aux processus et résultats.

En ce qui concerne le rôle du Comité pour la sécurité des patients, il est un fait que, dans presque huit hôpitaux participants sur dix, ce Comité est chargé de la coordination et du suivi de toutes les activités concernant la sécurité des patients.

Chapitre 2. Analyse et (re)développement d'un processus

Pour le deuxième pilier, axé sur les processus, cinq éléments ont été demandés aux hôpitaux:

- sélectionner un processus (ou une partie de processus) existant ou nouveau dans une liste donnée. Trois options ont été exposées aux *hôpitaux aigus*: a) un processus de transfert intra-muros, b) un processus (ou une partie de processus) basé sur les résultats des indicateurs cliniques du Feed-back Multidimensionnel pour les Hôpitaux (FMH), c) un processus de soins (ou une partie de processus) sélectionné dans une liste de pathologies données. Il a été demandé aux *hôpitaux psychiatriques* de fai-

re un choix entre: a) un processus (ou une partie de processus) relatif à l'agression, b) un processus (ou une partie de processus) qui représente une priorité en matière de gestion, c) un processus (ou une partie de processus) pour lequel un grand nombre d'admissions a été réalisé en 2007, d) un processus de transfert intra-muros. Les *Hôpitaux Sp* ont pu évaluer et analyser leur propre fonctionnement sur la base: a) d'un processus (ou une partie de processus) pour lequel ils avaient réalisé un grand nombre d'admissions en 2007, b) d'un processus de transfert intra-muros;

- indiquer si, pour le processus (ou la partie de processus) sélectionné, une équipe multidisciplinaire a été constituée;
- indiquer si des conventions entre services (Service Level Agreements (SLAs)) ont été utilisées;
- (re)développer, améliorer et/ou (ré)analyser le processus (ou une partie de processus) sélectionné selon un plan de dix étapes;
- identifier les indicateurs utilisés et les interventions clés par rapport au processus d'amélioration sélectionné. Les interventions clés sont définies comme étant «des interventions qui ont une influence sur les résultats et/ou sur le temps de déroulement du processus».

Ensemble, les hôpitaux participants (n=185) ont présenté 202 processus (sur 178 rapports reçus pour le pilier 2): 68 % de tous les processus d'amélioration présentés sont des processus de soins, et 32 % sont des processus de transfert intra-muros.

Selon les rapports reçus des *hôpitaux aigus*, 51 % des processus de soins traitent de la prothèse totale de la hanche, de la prothèse totale du genou, du carcinome mammaire et de l'accident vasculaire cérébral (AVC).

Concernant les processus de soins des *hôpitaux psychiatriques*, 67 % ont trait à des priorités stratégiques comme le syndrome métabolique, la médication, la communication au sujet des soins et la prévention des chutes. 30 % des hôpitaux psychiatriques ont mis en œuvre un processus d'amélioration concernant le transfert intra-muros.

Selon les rapports reçus des *Hôpitaux Sp*, 77 % des processus de soins ont trait à des pathologies pour lesquelles un grand nombre d'admissions ont été réalisées en 2007, comme l'AVC et la prothèse totale du genou.

Pour 73 % des processus d'amélioration présentés (147 des 202), une équipe multidisciplinaire a été constituée. Il n'y pas de différence notable entre les trois types d'hôpitaux. Les résultats nous apprennent que, pour un processus d'amélioration présenté sur cinq (22 %), des conventions entre services ont été développées. Dans les hôpitaux aigus, c'est le cas pour 29 % des processus d'amélioration. Dans les hôpitaux Sp et les hôpitaux psychiatriques, c'est le cas pour respectivement 18 % et 9 % de tous les processus d'amélioration.

Les dix étapes à mettre en œuvre pour élaborer un processus d'amélioration ont été complètement finalisées dans 15 % des cas (n=30). Plus précisément, nous retrouvons les dix étapes complétées chez 13 % (n=17) des hôpitaux aigus, 16 % (9 sur 56) des hôpitaux psychiatriques et 24 % (4 sur 17) des hôpitaux Sp.

Pour 66 % des processus d'amélioration présentés, des indicateurs ont été formulés. Proportionnellement, les hôpitaux psychiatriques ont présenté le plus grand nombre de processus d'amélioration avec des indicateurs (82 %). Pour l'ensemble des hôpitaux, il s'agit d'indicateurs qui concernent les processus de soins dans 73 % des cas et dans 27 % des cas, il s'agit d'indicateurs qui traitent de processus de transferts intra-muros, principalement le transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site.

Pour 65 % des processus d'amélioration présentés, des interventions clés ont été formulées. Proportionnellement, les hôpitaux psychiatriques ont présenté le plus grand nombre de processus d'amélioration avec des interventions clés (82 %). Pour l'ensemble des hôpitaux, 70 % des interventions clés traitent de processus de soins.

Chapitre 3. Indicateurs

Pour le troisième pilier concernant les indicateurs, deux éléments ont été demandés aux hôpitaux:

- faire un état des lieux des indicateurs utilisés pour piloter la qualité et la sécurité des patients;
- communiquer les méthodes appliquées pour la sélection et le suivi des indicateurs relatifs à la qualité et la sécurité des patients.

La plupart des hôpitaux ont fourni un aperçu («cartographie») des indicateurs utilisés dans l'hôpital pour piloter la politique de qualité et de sécurité des patients. Les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp utilisent des sources (très) différentes pour sélectionner leurs indicateurs. Les trois sources principales sur la base desquelles les *hôpitaux aigus* sélectionnent leurs indicateurs pour piloter la politique de qualité et de sécurité des patients sont les deux rapports de feed-back de l'autorité fédérale (FMH et PSI) et ceux de l'Institut scientifique de Santé publique (ISP). Pour la sélection des indicateurs, 36 % des hôpitaux aigus utilisent des sources internationales. Les trois sources principales sur la base desquelles les *hôpitaux psychiatriques* sélectionnent leurs indicateurs pour piloter la politique de qualité et de sécurité des patients sont: les ensembles d'indicateurs propres à l'hôpital, l'ensemble d'indicateurs de la Communauté flamande et Navigator. 4 % des hôpitaux psychiatriques utilisent des sources internationales pour la sélection des indicateurs. Les trois

sources principales sur la base desquelles les *hôpitaux Sp* sélectionnent leurs indicateurs pour piloter la politique de qualité et de sécurité des patients sont ceux de l'ISP, l'ensemble d'indicateurs de la Communauté flamande et les ensembles d'indicateurs qui sont développés par les hôpitaux eux-mêmes. 5 % des hôpitaux Sp utilisent des sources internationales pour la sélection d'indicateurs.

Au total, 3.944 indicateurs ont été sélectionnés par les hôpitaux, dont 2.235 indicateurs pour les hôpitaux aigus, 1.290 indicateurs pour les hôpitaux psychiatriques et 419 indicateurs pour les hôpitaux Sp. Le nombre moyen d'indicateurs par hôpital est de 95 (médiane: 91). Le nombre total d'indicateurs dans la rubrique «autres» (= indicateurs introduits par les hôpitaux eux-mêmes) est de 3.025, soit 77 % du total des indicateurs sélectionnés. Par comparaison, 919 indicateurs (23 %) ont été cochés dans l'instrument de rapportage. Ce sont les hôpitaux aigus qui utilisent, en moyenne, le plus grand nombre d'indicateurs. Suivent les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux Sp. Les hôpitaux montrent une importante variabilité dans le nombre et le choix des indicateurs utilisés.

Lors de l'analyse du top 5 des indicateurs des hôpitaux aigus pour toutes les dimensions, il s'est avéré que 65 % sont des indicateurs de résultat. Seulement 15 % sont des indicateurs de processus et 20 % sont des indicateurs de structure. Lors d'une analyse du top 5 des indicateurs des hôpitaux psychiatriques pour toutes les dimensions, il s'est avéré que 65 % sont des indicateurs de résultat. Seulement 20 % sont des indicateurs de processus et 15 % sont des indicateurs de structure. Lors d'une analyse du top 5 des indicateurs des hôpitaux Sp pour toutes les dimensions, il s'est avéré que 50 % sont des indicateurs de résultat. Seulement 25 % sont des indicateurs de processus et 25 % sont des indicateurs de structure.

La variabilité en nombre et en choix des indicateurs utilisés reflète une vision différente des hôpitaux concernant les notions de qualité et de sécurité des patients. Les hôpitaux semblent comprendre différemment la notion «d'indicateur». Principalement, le nombre et le choix des indicateurs présentés dans la catégorie «autres» font supposer que tout élément suivi par les hôpitaux dans le cadre de la qualité et de la sécurité des patients reçoit automatiquement l'étiquette «indicateur». Celui-ci ne présente pas pour autant un dénominateur, un numérateur ou un chiffre cible applicable, et ce qui est mesuré ne peut pas toujours être considéré comme valide, fiable et pertinent.

Chapitre 4. Plan d'accompagnement et de soutien

Dans un quatrième chapitre, sont présentées les différentes formes d'accompagnement et de soutien offertes par l'autorité fédérale depuis 2007 jusqu'à la mi-2010.

Chapitre 5. Orientations vers l'avenir

Dans un cinquième et dernier chapitre, les orientations vers l'avenir sont décrites. L'autorité voit quatre fondements pour une politique hospitalière performante: l'orientation client, l'innovation, l'entrepreneuriat/le sens de l'initiative et la collaboration et/ou création de réseaux. Chacun de ces fondements est commenté par rapport aux trois piliers du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients».

PRÉFACE

Le présent rapport «Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2009» est le deuxième rapport dans le cadre du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients». Nous espérons qu'il suscitera les mêmes réactions enthousiastes que le premier de cette série. Cet enthousiasme peut s'expliquer en grande partie par le fait que les hôpitaux reconnaissent de plus en plus l'importance de la qualité et de la sécurité des patients, et y réservent une place privilégiée dans leur propre plan stratégique. En outre, les hôpitaux demandent explicitement que l'information qu'ils nous ont transmise, soit présentée au secteur, ce qui leur permet de se situer et d'apprendre des expériences des autres.

Malgré le taux de participation plus élevé par rapport à la première année de contrat (de 169 à 185 hôpitaux), et malgré la dynamique positive et le progrès perçu à l'intérieur des hôpitaux, il reste un long chemin à parcourir. Nous sommes en effet confrontés à des défis considérables comme, par exemple, l'objectivation des résultats visés à l'aide d'indicateurs, le développement cohérent des soins transmuraux et l'intégration continue de la technologie de communication et d'information dans les soins. À côté de cela, nous constatons que l'engagement des médecins et l'engagement explicite des directions des hôpitaux concernant la qualité et la sécurité des patients peuvent certainement encore s'améliorer.

Il est plus que clair que l'aspiration à une meilleure qualité (et par conséquent la sécurité des patients) est un processus continu, sans fin précise. L'autorité fédérale veut continuer à y travailler, ensemble avec les hôpitaux en les soutenant dans les années à venir.

Nous vous souhaitons une agréable lecture,



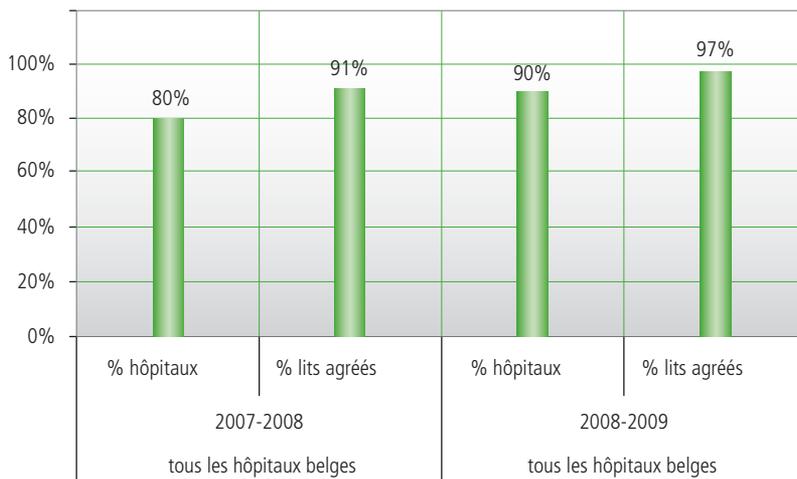
Christiaan Decoster,
Directeur Général - Organisation des Etablissements de Soins



INTRODUCTION

En 2006, le Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH) a formulé un avis concernant le financement de la qualité dans les hôpitaux. À partir de ce moment, le SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) a opté pour des contrats annuels laissant la possibilité aux hôpitaux de s'inscrire sur une base volontaire. Pour la deuxième année de contrat, tout comme dans la première, un budget a été accordé à chaque hôpital en fonction du nombre de lits agréés. Les établissements plus petits, jusqu'à 100 lits agréés, ont perçu un montant de 10.000 euros. Au total, un budget de 7,2 millions d'euros a été consacré à ce projet pour l'année de contrat 2008-2009. Quant au taux de participation des hôpitaux, il a considérablement augmenté depuis 2007, passant de 80 % en 2007 (n=167) à 90 % en 2008 (n=185). Sur la base des lits agréés, la participation est passée de 91 % en 2007 à 97 % en 2008 (figure 1).

Figure 1: Taux de participation des hôpitaux belges au contrat «Coordination qualité et sécurité des patients»



Après la première année de contrat, deux choix importants ont été faits. Le premier concerne des contrats distincts pour les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp. Le deuxième consiste à encadrer le contrat dans un plan pluriannuel (2008-2012) pour la qualité et la sécurité des patients avec trois piliers de base partant de la triade de Donabedian: structure, processus et résultat.

Dans le passé, les projets qualité du SPF SPSCAE étaient souvent des projets *ad hoc* sans réelle vision à long terme. Afin d'utiliser les forces et ressources de façon optimale, un plan pluriannuel allant jusqu'en 2012 a été développé de manière à ce que tant les hôpitaux que l'autorité fédérale puissent avoir une vue claire des finalités visées à long terme. En outre, la qualité et la sécurité des patients sont des thèmes qui, à cause de leur complexité, devraient être traités par phases et de façon méthodique. À cette fin, le plan pluriannuel a été structuré sur la base de trois piliers interdépendants.

Un premier pilier traite du développement d'un système de gestion de la sécurité (SGS), le deuxième concerne les processus de soins et le troisième, les indicateurs. Ces trois piliers forment la base du plan pluriannuel à l'intérieur duquel, chaque année, de nouveaux éléments à développer sont présentés aux hôpitaux. À cet égard, la première année de contrat (2007) est à considérer comme une mesure de référence. Dans les contrats à partir de 2008, il a été demandé chaque année de développer de manière plus approfondie des éléments spécifiques par pilier.

Dans le contrat 2008, il a été demandé pour le premier pilier (SGS) d'établir un plan de sécurité des patients et d'élaborer deux actions d'amélioration sur la base de l'analyse de la mesure de culture qui avait été effectuée en 2007. Le deuxième pilier (processus) avait comme focus l'approche opérationnelle d'un processus d'amélioration intra-muros, c'est-à-dire un processus de soins ou un processus de transfert intra-muros. Pour les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp, un ensemble de thèmes spécifiques pour les soins, parmi lesquels un choix pouvait être effectué, a été proposé. Le troisième pilier (indicateurs) avait pour but de faire un état des lieux des indicateurs qui sont utilisés dans les hôpitaux pour la gestion de la qualité et de la sécurité des patients. Ici aussi, une différenciation a été faite par type d'institution.

Dans les trois premiers chapitres, les rapports des résultats des hôpitaux par pilier sont présentés. Chacun de ces chapitres est élaboré selon la même structure: après une liste des conclusions clés et une brève introduction suivent une explication du contexte et de la méthodologie utilisée, les résultats et enfin une discussion. Le quatrième chapitre donne un aperçu général des activités d'accompagnement et de soutien offertes à partir de 2007 jusqu'en juin 2010.

Comme dans le rapport de la première année de contrat (2007), le dernier chapitre, consacré aux orientations pour l'avenir, présente la vision stratégique poursuivie.

Afin d'augmenter la lisibilité du rapport, seules les données les plus essentielles ont été présentées. Vous pouvez trouver des informations complémentaires dans différentes annexes classées par chapitre sur le site web www.patient-safety.be.



CHAPITRE 1.

PILIER 1: LE DÉVELOPPEMENT ET L'IMPLÉMENTATION D'UN SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ

Conclusions clés

- 84 % (155 sur 185) des hôpitaux participants ont présenté un plan de sécurité des patients.
- 80 % des 155 plans de sécurité des patients présentés font partie du **plan stratégique général** de l'hôpital. Dans 20 % des cas, il s'agit d'un plan séparé de la politique globale.
- 97 % des plans de sécurité présentés (151 des 155) sont **pluriannuels et comprennent des objectifs stratégiques et opérationnels**.
- Sur la base de la mesure de la culture de sécurité des patients effectuée la première année de contrat (2007-2008), 130 des 158 hôpitaux ont formulé des **actions d'amélioration avec des indicateurs**. Au total, il s'agit de 264 actions d'amélioration.
- Une action d'amélioration sur quatre a trait à la dimension «**transmission des informations et transferts**».
- Malgré les possibilités d'amélioration en lien avec le renforcement du leadership, peu d'actions d'amélioration sont formulées sur les dimensions «**gestion/supervision des attentes et actions visant à promouvoir la sécurité des patients**» (2 %), «**ouverture à la communication**» (3 %), «**soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients**» (6 %) et «**absence de sanction face aux erreurs**» (7 %).
- 28 hôpitaux classent **une même action d'amélioration** dans **différentes dimensions**.

- Pour les 264 actions d'amélioration, **861 indicateurs** ont été formulés. Dans plus de la moitié des cas (56 %), il s'agit d'indicateurs de processus, 38 % concernent des indicateurs de structure et 7 % sont des indicateurs de résultat.
- Pour une même action d'amélioration, **aucun hôpital** ne formule des indicateurs qui ont trait aussi bien aux structures qu'aux processus et résultats.
- La plupart des **indicateurs ne répondent pas aux critères** suivants: définition des numérateur et dénominateur, détermination des chiffres cibles et renvoi à la fiabilité et la validité.
- Dans presque huit hôpitaux belges participants sur dix, **le Comité pour la sécurité des patients** est chargé de la coordination et du suivi des activités concernant la sécurité des patients.

1. INTRODUCTION

Depuis quelques années, la sécurité des patients est un thème important pour l'autorité fédérale et les hôpitaux. La gestion de la sécurité peut être définie comme une approche structurelle pour gérer les risques potentiels pouvant mettre en danger la sécurité des patients¹. Un des éléments de base d'un système complet de gestion de la sécurité est la formulation d'une politique pluriannuelle de la sécurité des patients. Idéalement, une telle politique se développe sur la base des résultats d'une mesure de la culture, dans laquelle les dimensions faibles sur le plan de la sécurité sont identifiées. Une telle analyse est reliée à la détermination d'objectifs d'améliorations spécifiques, actions et indicateurs. Par objectifs d'amélioration et actions, il faut entendre les buts et actions (multidisciplinaires) par lesquels on tente d'influencer les soins d'une façon positive sur le plan de la structure et/ou du processus et/ou du résultat.

2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre du contrat 2008-2009, quatre éléments ont été demandés aux hôpitaux:

- développer un plan pluriannuel de sécurité des patients, avec des objectifs stratégiques et opérationnels;

¹ www.vmszorg.nl.

Pilier 1 : Le développement et l'implémentation d'un système de gestion de la sécurité

- réaliser deux actions d'amélioration sur la base des résultats de la mesure de la culture de sécurité des patients effectuée dans l'hôpital;
- identifier des indicateurs en rapport avec les actions d'amélioration²;
- indiquer si le Comité pour la sécurité des patients est chargé de la coordination et du suivi des activités concernant la sécurité des patients.

Afin de présenter ces quatre éléments, on détaillera préalablement les cinq aspects suivants:

- les éléments clés d'un système de gestion de la sécurité des patients;
- le plan de sécurité des patients;
- la mesure de la culture de sécurité des patients et les actions d'amélioration;
- les types d'indicateurs choisis;
- le Comité pour la sécurité des patients.

2.1. Les éléments clés d'un système de gestion de la sécurité des patients³

Idéalement, 12 éléments clés devraient faire partie d'un système de gestion de la sécurité, du leadership et de l'engagement du management jusqu'au suivi systématique d'indicateurs de sécurité des patients définis de façon univoque (tableau 1). Les hôpitaux soucieux de développer et d'implémenter un système de gestion de la sécurité des patients doivent donc prévoir systématiquement ces douze éléments.

Tableau 1: Eléments clés d'un système de gestion de la sécurité des patients

- L'élaboration d'un plan de sécurité
- Le leadership et l'implication de la direction et du management
- L'implication des différentes disciplines dans l'hôpital, en particulier les médecins
- La mise en place d'une culture de sécurité
- Un système de notification des événements indésirables (incidents et presque incidents)
- Une analyse rétrospective des événements indésirables (incidents et presque incidents)
- Un inventaire proactif des risques
- Un suivi systématique par le biais d'indicateurs définis de façon univoque
- L'intégration de toutes les sources d'information en matière de sécurité des patients
- L'implication du patient en tant que partenaire dans le processus de soins, compte tenu de son identité culturelle
- Une interaction transmurale (première ligne, soins à domicile)
- L'amélioration constante de la sécurité des soins

2 Les données complémentaires liées aux indicateurs ont été recueillies en avril 2010 par le biais d'un questionnaire.

3 www.vmszorg.nl.

2.2. Le plan de sécurité des patients

La rédaction d'un plan de sécurité des patients est considérée comme l'un des éléments clés du système de gestion de la sécurité des patients (cf. 2.1). Le plan de sécurité est vu comme un des moyens permettant à l'hôpital de développer une politique cohérente et une stratégie sur le plan de la sécurité des patients. Les arguments en faveur de la rédaction d'un plan de sécurité des patients sont formulés ci-dessous par le «Kenniscentrum van het Veiligheidsmanagementsysteem Veiligheidsprogramma»⁴ (Utrecht).

Un plan de sécurité s'engage à :

- rédiger un plan et le programmer sur plusieurs années;
- offrir une structure cohérente, et permettre de concrétiser des activités sur le plan de la sécurité des patients;
- déterminer des conditions préalables pour stimuler la sécurité des patients;
- déterminer les tâches, responsabilités et compétences;
- stimuler l'institution à devenir apprenante;
- faire preuve d'un leadership effectif et d'un engagement du management hospitalier pour la sécurité des patients.

Idéalement, un plan de sécurité des patients devrait faire partie du plan stratégique général de l'hôpital, s'échelonner sur plusieurs années et comprendre des objectifs stratégiques et opérationnels. Chacun de ces éléments a été repris dans le contrat 2008-2009 et les hôpitaux ont été interrogés à ce sujet.

Pour le moment, une évaluation qualitative des plans de sécurité n'a pas encore été effectuée. Il n'est dès lors pas possible de s'exprimer au sujet de la qualité des plans de sécurité présentés.

En revanche, il a été vérifié si un hôpital disposait d'un plan de sécurité des patients, s'il faisait partie du plan stratégique général de l'hôpital, s'il était pluriannuel et s'il comprenait des objectifs stratégiques et opérationnels.

Pour l'analyse quantitative des plans de sécurité des patients, il a été demandé aux hôpitaux de remplir un document standardisé développé par l'autorité fédérale.

⁴ www.vmszorg.nl/Kenniscentrum.

2.3. Le contenu de la mesure de la culture de sécurité des patients et les actions d'amélioration

Dans le contrat 2007-2008, il a été demandé aux hôpitaux d'effectuer une mesure de la culture de sécurité des patients pour l'ensemble des activités hospitalières avec un instrument de mesure validé de l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Cet instrument, «the Hospital Survey on Patient Safety Culture»⁵, comprend 42 questions réparties sur 12 dimensions avec 10 dimensions de culture de sécurité et deux dimensions de résultat⁶. La mesure de culture de sécurité des patients est une mesure de perception. Ceci signifie qu'il a été demandé aux médecins et collaborateurs hospitaliers quelle était leur perception de la sécurité des patients dans leur hôpital.

Pour la première année de contrat (2007-2008), 95 % des hôpitaux participants (160 sur 169) ont effectué une mesure de la culture de la sécurité des patients pour l'ensemble des activités hospitalières. Dans la deuxième année de contrat (2008-2009), 22 hôpitaux (dont 21 «nouveaux» hôpitaux) ont effectué cette mesure.

Pour la seconde année de contrat (2008-2009), les hôpitaux devaient analyser et interpréter les résultats des dimensions de sécurité des patients afin de pouvoir formuler deux actions d'amélioration. Ces actions d'amélioration devaient comprendre au minimum deux des 12 dimensions mentionnées dans l'instrument de mesure. Les 22 hôpitaux ayant effectué la mesure dans la deuxième année de contrat ne devaient pas encore définir d'actions d'amélioration.

En première instance, les résultats ont été traités quantitativement en faisant usage d'un document de rapportage (Excel), développé par l'autorité fédérale et rempli par les hôpitaux.

Dans le deuxième tableau, les différentes dimensions de l'instrument sont présentées avec une description succincte du contenu par dimension. Ces descriptions sont dérivées des questions de l'instrument de mesure.

⁵ www.ahrq.gov/qual/hospculture.

⁶ Ce questionnaire a été adapté au contexte belge et traduit en néerlandais, en français et en allemand, d'après la version originale du questionnaire en anglais. Sur base d'une expérience pilote menée au Ziekenhuis Oost Limburg (ZOL) la version en néerlandais a été traduite en suivant la même méthode de validation psychométrique suivie pour le questionnaire original. Ce sont les Cliniques Universitaires de Saint-Luc (Bruxelles) et le CHU Tivoli (La Louvière), toujours en suivant le principe de validation qui ont traduit et testé le questionnaire en français. La version allemande a, quant à elle, été validée en Suisse. Elle a été adaptée au contexte belge par l'hôpital Sankt Nikolaus (Eupen).

Tableau 2: Aperçu des 12 dimensions de l'Hospital Survey on Patient Safety Culture

Dimensions de la culture de sécurité des patients	
D01	<p>La gestion/supervision des attentes visant à promouvoir la sécurité des patients</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le superviseur exprime son appréciation lorsqu'il voit que l'on travaille en accord avec les procédures de sécurité des patients établies 2. Le superviseur prend sérieusement en considération les suggestions de l'équipe pour améliorer la sécurité des patients 3. Si la pression monte, le superviseur veut qu'on travaille plus vite, même si cela implique des entorses aux procédures 4. Le superviseur néglige les problèmes récurrents de sécurité des patients
D02	<p>La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'hôpital s'attache activement à améliorer la sécurité des patients 2. Des erreurs ont entraîné des changements positifs 3. Si on change quelque chose en faveur de la sécurité des patients, l'efficacité est toujours évaluée
D03	<p>Le travail en équipe au sein des unités</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les membres de l'unité se soutiennent mutuellement 2. Quand il faut accomplir rapidement beaucoup de travail, on travaille en équipe pour y arriver 3. Dans l'unité, les gens se traitent mutuellement avec respect 4. Quand un secteur de cette unité est surchargé, les autres lui viennent en aide
D04	<p>L'ouverture à la communication</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'équipe s'exprimera librement si elle constate que quelque chose pourrait altérer les soins aux patients 2. L'équipe se sent libre de discuter les décisions ou les actes de ses autorités 3. L'équipe a peur de poser des questions quand quelque chose semble inapproprié
D05	<p>Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il y a des informations sur les changements effectués sur la base des incidents enregistrés 2. Il y a des informations sur les erreurs qui surviennent dans cette unité 3. Dans l'unité, on discute des moyens d'éviter que des erreurs se reproduisent
D06	<p>L'absence de sanction face aux erreurs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les membres de l'équipe ont l'impression que leurs erreurs sont retenues contre eux 2. Quand un incident est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est fichée, pas le problème 3. Les membres de l'équipe s'inquiètent de ce que leurs erreurs figurent dans leur fiche de personnel

Pilier 1 : Le développement et l'implémentation d'un système de gestion de la sécurité

Dimensions de la culture de sécurité des patients	
D07	<p>L'encadrement en personnel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'équipe est assez grande pour supporter la charge de travail 2. Les membres de l'unité prestent plus d'heures que ce qui serait idéal pour la sécurité des patients 3. On emploie plus d'agents temporaires que ce qui est idéal pour les soins 4. On travaille « en régime de crise » en voulant en faire trop, trop vite
D08	<p>Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La gestion de l'hôpital engendre un climat de travail favorable pour la sécurité des patients 2. Le comportement de la gestion de l'hôpital montre que la sécurité du patient est une priorité absolue 3. La gestion de l'hôpital ne s'intéresse à la sécurité des patients qu'après un incident
D09	<p>Le travail d'équipe entre les départements</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les unités hospitalières ne sont pas bien coordonnées entre elles 2. La collaboration est bonne entre les unités hospitalières qui ont besoin de travailler ensemble 3. C'est souvent désagréable de travailler avec des équipes venant d'autres hôpitaux 4. Les unités hospitalières collaborent bien pour délivrer les meilleurs soins aux patients
D10	<p>La transmission des informations et les transferts</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lorsque des patients sont transférés d'une unité à une autre, certaines choses sont perdues de vue 2. Des informations importantes pour les soins aux patients se perdent souvent lors des remises de service 3. Il y a souvent des problèmes de transfert d'information entre les unités hospitalières 4. Les remises de service sont source de problèmes pour les patients dans l'hôpital
Dimensions de résultat	
O01	<p>La perception globale de la sécurité</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. C'est un hasard si des erreurs plus sérieuses n'ont pas eu lieu dans l'hôpital 2. La sécurité des patients n'est jamais sacrifiée pour en faire plus 3. Il y a des problèmes de sécurité des patients dans cette unité 4. Les procédures et les systèmes sont bons et préviennent les erreurs
O02	<p>La fréquence du signalement des événements indésirables</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lorsqu'une erreur est commise, mais arrêtée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, à quelle fréquence est-elle rapportée? 2. Lorsqu'une erreur est commise, mais ne comporte pas de risque de nuire au patient, à quelle fréquence est-elle rapportée? 3. Lorsqu'une erreur est commise, qui pourrait nuire au patient mais ne le fait pas, à quelle fréquence est-elle rapportée?

2.4. Les différents types d'indicateurs

Un indicateur de soins est un aspect mesurable des soins qui donne une indication sur la qualité des soins⁷. On peut faire une distinction entre les indicateurs de structure, les indicateurs de processus et les indicateurs de résultat.

- **Les indicateurs de structure** donnent de l'information au sujet des conditions organisationnelles sur la base desquelles une institution peut administrer des soins. Ils traitent de l'organisation de l'hôpital et des départements, de la stratégie, de l'encadrement en personnel et des ressources financières.
- **Les indicateurs de processus** donnent une indication sur le déroulement des processus dans une organisation, par exemple sur les temps d'attente et la durée d'alitement après une certaine intervention chirurgicale.
- **Les indicateurs de résultat** donnent une indication sur le résultat des soins, par exemple la mesure de la satisfaction des patients, le traitement par les collaborateurs ou le pourcentage de patients ayant une complication après une certaine opération.

Afin de pouvoir effectuer une analyse approfondie des indicateurs, un complément d'information a été demandé aux hôpitaux en avril 2010. Via un questionnaire, il leur a été demandé de formuler les indicateurs utilisés par action d'amélioration. Le taux de retour de ce questionnaire a atteint 85 %.

Les indicateurs donnés ont ensuite été subdivisés en indicateurs de structure, de processus et de résultat. Cet exercice a été fait afin de pouvoir vérifier comment les hôpitaux forment les indicateurs et dans quelle mesure ils définissent, par type d'indicateurs, les actions d'amélioration.

2.5. Le Comité pour la sécurité des patients

Le Comité pour la sécurité des patients est une structure de concertation à l'intérieur de l'hôpital qui a la charge de la coordination des activités liées à la sécurité des patients, comme par exemple la mesure de la culture de sécurité, le suivi et l'analyse des incidents et presque incidents rapportés, la sensibilisation des collaborateurs hospitaliers et la communication sur la sécurité des patients vers le management et les collaborateurs hospitaliers. Idéalement, le management et le département médical devraient être représentés dans ce comité.

Les résultats de la première année de contrat (2007-2008) ont mis en évidence que 80 % des hôpitaux participants disposent d'un Comité pour la sécurité

7 P.J.A. Colsen, A.F. Casparie, «Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis», *Medisch Contact*, 1995, 50: 297-299.

des patients. Lors de l'analyse des plans de sécurité, les éléments suivants ont été examinés: leur constitution, l'année de création de ce comité et ses tâches et missions.

Dans la deuxième année de contrat (2008-2009), il a été vérifié dans combien d'hôpitaux les comités sont chargés de la coordination et du suivi des activités qui sont en rapport avec la sécurité des patients.

3. RÉSULTATS

Les résultats obtenus sont présentés en cinq parties:

- le nombre et le contenu des plans présentés;
- les actions d'amélioration sur la base des résultats de la mesure de la culture de sécurité des patients;
- les actions d'amélioration sur plusieurs dimensions de la mesure de la culture de la sécurité des patients;
- les indicateurs formulés par action d'amélioration;
- le Comité pour la sécurité des patients.

3.1. Nombre et contenu des plans de sécurité des patients présentés

Au total, 84 % (n=155) des hôpitaux participants (n=185) ont présenté un plan de sécurité des patients (figure 1). Le pourcentage de plans présentés est comparable pour les trois types d'hôpitaux: il est de 83 % pour les hôpitaux aigus, et de respectivement 86 % et 84 % pour les hôpitaux psychiatriques et Sp.

Sur les 155 plans de sécurité des patients présentés, 80 % font partie du plan stratégique général de l'hôpital. Dans 20 % des cas, il s'agit d'un plan particulier (figure 1). On peut remarquer de petites différences entre les trois types d'hôpitaux: dans les hôpitaux Sp, les plans de sécurité des patients ne font pas partie du plan stratégique général de l'hôpital dans un peu plus de un cas sur trois. Ce constat est de 18 % pour les hôpitaux aigus et psychiatriques.

Que le plan de sécurité des patients fasse partie ou non du plan stratégique général de l'hôpital, 97 % des plans de sécurité présentés sont pluriannuels (151 sur 155) et comprennent des objectifs stratégiques et opérationnels (figure 2). Dans les hôpitaux aigus, tous les plans de sécurité présentés sont pluriannuels. Dans les hôpitaux psychiatriques et Sp, cela se confirme dans 94 % des cas. En combinant certaines questions, il a été impossible de faire une distinction entre les plans de sécurité des patients pluriannuels et les plans avec des objectifs stratégiques et opérationnels.

Figure 1: Nombre total de plans de sécurité des patients présentés, constituant une partie du plan stratégique général ou un plan particulier, par type d'hôpital

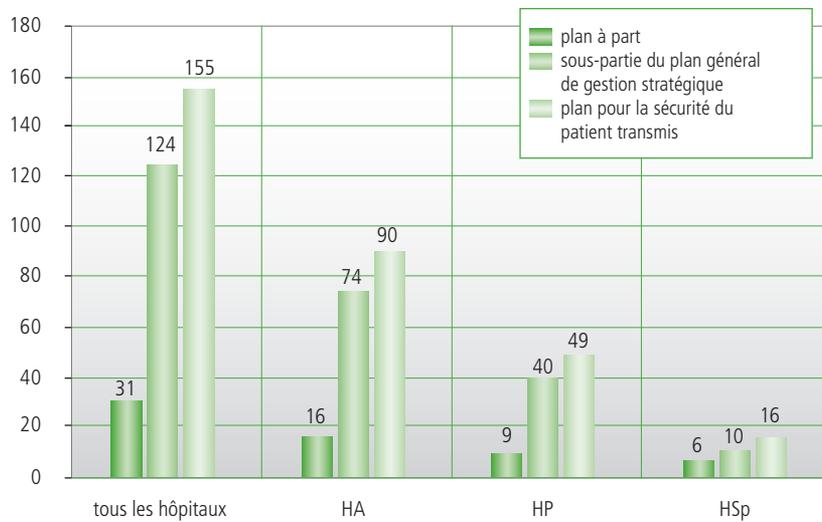
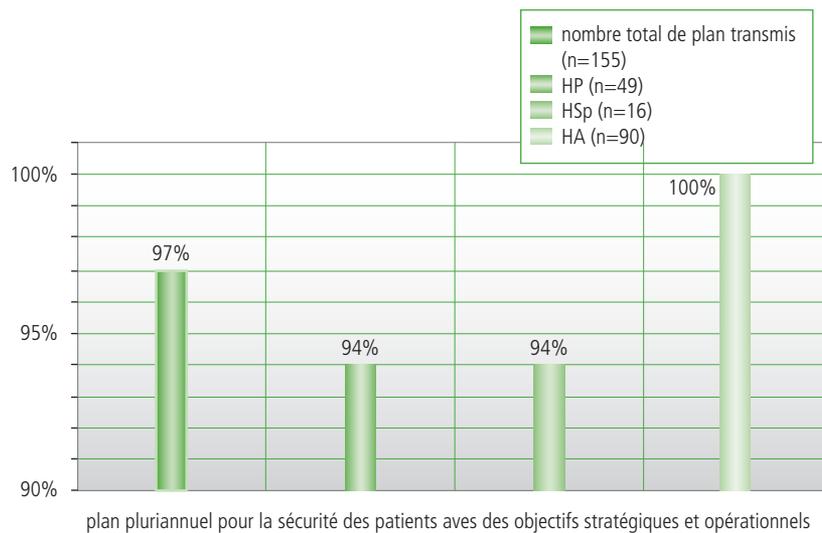


Figure 2: Pourcentage de plans de sécurité des patients échelonnés sur plusieurs années et comprenant des objectifs stratégiques et opérationnels, par type d'hôpital



3.2. Actions d'amélioration sur la base des résultats de la mesure de la culture de sécurité des patients

Au total, 154 des 158 hôpitaux ayant effectué la mesure de la culture dans le cadre du premier contrat ont formulé deux actions d'amélioration. 130 hôpitaux y ont en plus associé des indicateurs. Au total, 264 actions d'amélioration couplées à des indicateurs ont été formulées par :

- 76 hôpitaux aigus: 137 actions d'amélioration, avec un nombre moyen d'actions d'amélioration de 1,8 par hôpital aigu;
- 44 hôpitaux psychiatriques: 102 actions d'amélioration, avec un nombre moyen d'actions d'amélioration de 2,3 par hôpital psychiatrique;
- 10 hôpitaux Sp: 25 actions d'amélioration, avec un nombre moyen d'actions d'amélioration de 2,5 par hôpital Sp (tableau 3).

Dans l'ensemble, une action d'amélioration sur quatre (n=65) traite de «la transmission des informations et les transferts» (D10). Dans les hôpitaux psychiatriques, presque une action d'amélioration sur trois (31 %, n=32) vise cette dimension. Dans les hôpitaux aigus et Sp, c'est une action d'amélioration sur cinq. 36 % de toutes les actions d'amélioration concernent les dimensions «retours d'informations et communication en matière de sécurité des patients» (D05, 13 %), «travail en équipe au sein des unités» (D09, 11 %) et «fréquence du signalement des événements indésirables» (O02, 12 %). Les actions d'amélioration sur les dimensions de résultat «fréquence du signalement des événements indésirables» sont formulées plus fréquemment dans les hôpitaux aigus (16 %) et les hôpitaux Sp (12 %), contre 7 % dans les hôpitaux psychiatriques. Par ailleurs, on constate que peu d'actions d'amélioration sont formulées sur les dimensions «gestion/supervision des attentes et actions visant à promouvoir la sécurité des patients» (D01, 2 %), «ouverture à la communication» (D04, 3 %), «soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients» (D08, 6 %) et «absence de sanction face aux erreurs» (D06, 7 %). Dans les hôpitaux Sp, aucune action d'amélioration n'est formulée pour quatre des 12 dimensions. En revanche, ce type d'institution formule plus souvent des actions d'amélioration pour la dimension «travail en équipe au sein des unités» (D03, 20 %).

Tableau 3: Nombre d'actions d'amélioration par type d'hôpital (en chiffres absolus et pourcentages)

Dimension	HA (n= 76)				Actions d'amélioration			
	HP (n=44)		HSp (n=10)		HP (n=44)		HSp (n=10)	
	Chiffres absolus	%	Chiffres absolus	%	Chiffres absolus	%	Chiffres absolus	%
D01	5	4 %	1	1 %	0	0 %	6	2 %
D02	7	5 %	9	9 %	1	4 %	17	6 %
D03	5	4 %	1	1 %	5	20 %	11	4 %
D04	6	4 %	1	1 %	0	0 %	7	3 %
D05	14	10 %	16	16 %	4	16 %	34	13 %
D06	9	7 %	7	7 %	2	8 %	18	7 %
D07	9	7 %	3	3 %	0	0 %	12	5 %
D08	10	7 %	5	5 %	0	0 %	15	6 %
D09	10	7 %	15	15 %	4	16 %	29	11 %
D10	28	20 %	32	31 %	5	20 %	65	25 %
O01	12	9 %	5	5 %	1	4 %	18	7 %
O02	22	16 %	7	7 %	3	12 %	32	12 %
Total	137	100 %	102	100 %	25	100 %	264	100 %

3.3. Actions d'amélioration sur plusieurs dimensions de la mesure de la culture de sécurité des patients

Vingt-huit hôpitaux classent une même action d'amélioration dans différentes dimensions. Si ce classement multiple est, dans la plupart des cas, limité à deux dimensions, certains hôpitaux classent une action d'amélioration dans quatre ou cinq dimensions. Il arrive que plusieurs indicateurs soient formulés pour ces actions d'amélioration, mais la plupart de ces hôpitaux classent les actions d'amélioration en y intégrant les mêmes indicateurs dans les différentes dimensions (tableau 4).

Tableau 4: Nombre d'hôpitaux qui rangent une même action d'amélioration dans différentes dimensions de la mesure de la culture de sécurité des patients

nb d'hôpitaux	D01	D02	D03	D04	D05	D06	D07	D08	D09	D10	O01	O02
1												
1												
1												
5												
1												
2												
1												
1												
1												
1												
2												
1												
1												
1												
2												
1												
1												
1												
2												
1												
1												
1												
1												
1												
28												

Cinq hôpitaux classent les actions d'amélioration simultanément dans la dimension «travail d'équipe entre les départements» (D09) et dans la dimension «transmission des informations et transferts» (D10), alors que ce sont bien deux dimensions distinctes. La dimension «travail d'équipe à travers les départements» traite principalement de la coordination et de la collaboration entre départements et services, tandis que la dimension «transmission des informations et transferts» a trait à l'échange d'informations entre départements ou services et à une bonne communication lors du transfert de patients à d'autres départements ou lors du changement des postes de travail.

Indicateurs formulés par action d'amélioration

Au total, 861 indicateurs ont été formulés par les 130 hôpitaux (tableau 5):

- 76 hôpitaux aigus ont formulé 500 indicateurs, avec une moyenne de 7 indicateurs par hôpital;
- 44 hôpitaux psychiatriques ont formulé 297 indicateurs avec une moyenne de 7 indicateurs par hôpital;
- 10 hôpitaux Sp ont formulé 64 indicateurs avec une moyenne de 6 indicateurs par hôpital.

Les indicateurs formulés par les hôpitaux ont ensuite été divisés en trois catégories (tableau 6). Ce sont les indicateurs de processus qui sont le plus fréquemment formulés (56 %). Suivent les indicateurs de structure (38 %) et les indicateurs de résultat (7 %).

Tableau 6: Nombre d'indicateurs divisés par catégories

	Chiffres absolus	%
Indicateurs de structure	323	38 %
Indicateurs de processus	478	56 %
Indicateurs de résultat	60	7 %
total	861	100 %

Dix pour cent des hôpitaux (n=13) ne formulent aucun indicateur par rapport aux actions d'amélioration mises en œuvre, et aucun hôpital ne formule des indicateurs ayant trait tant aux structures qu'aux processus et aux résultats pour une même action d'amélioration.

Tableau 5: Nombre d'indicateurs par dimension et par type d'hôpital

Dimensions	Indicateurs							
	HA (n= 76)		HP (n=44)		HSp (n=10)		Total (n=130)	
	chiffres absolus	%						
D01 La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients	17	3 %	5	2 %	0	0 %	22	3 %
D02 La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue	29	6 %	11	4 %	1	2 %	41	5 %
D03 Le travail en équipe au sein des unités	15	3 %	1	0 %	8	13 %	24	3 %
D04 L'ouverture à la communication	22	4 %	2	1 %	0	0 %	24	3 %
D05 Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients	48	10 %	43	14 %	10	16 %	101	12 %
D06 L'absence de sanction face aux erreurs	36	7 %	18	6 %	2	3 %	56	7 %
D07 L'encadrement en personnel	33	7 %	31	10 %	0	0 %	64	7 %
D08 Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients	27	5 %	12	4 %	0	0 %	39	5 %
D09 Le travail d'équipe entre les départements	29	6 %	48	16 %	18	28 %	95	11 %
D10 La transmission des informations et les transferts	127	25 %	83	28 %	18	28 %	228	26 %
O01 La perception globale de la sécurité	24	5 %	18	6 %	2	3 %	44	5 %
O02 La fréquence du signalement des événements indésirables	93	19 %	25	8 %	5	8 %	123	14 %
Total	500	100 %	297	100 %	64	100 %	861	100 %

Des exemples d'indicateurs de structure, de processus et de résultat pour chaque type d'hôpital sont présentés dans les tableaux 7, 8 et 9. Ces exemples sont en grande partie reproduits tels que les hôpitaux les ont formulés. Il arrive que la description ait été légèrement adaptée afin de garantir l'anonymat. En examinant de près les indicateurs mentionnés, on remarque que l'aspect «mesurable» manque régulièrement, ce qui rend impossible le suivi et la surveillance des actions d'amélioration dans le temps, l'explication des objectifs chiffrés, la comparaison avec d'autres unités ou institutions et la correction des actions d'amélioration.

Tableau 7: Exemples d'actions d'amélioration avec *indicateurs de structure* par dimension de la mesure de la culture de sécurité des patients

Dimension	Action d'amélioration	Indicateur de structure	
D01	La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients	Déterminer une structure avec un nombre limité de caractéristiques organisationnelles dans un département de soins	Affichage mensuel dans les unités de soins de points d'attention pour la qualité et la sécurité des patients
D02	La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue	Reconnaissance et traitement anticipé du patient en détresse vitale	Nombre d'admissions non planifiées dans un service de soins intensifs (nombre de réadmissions non planifiées /nombre total de sorties dans un service de soins intensifs)
D03	Le travail en équipe au sein des unités	Collaboration interdisciplinaire : optimisation de la communication à l'intérieur de l'équipe	Stimuler le partage d'information entre les différentes disciplines du département : organisation de formations internes
D04	L'ouverture à la communication	Communication ouverte sur les incidents et presque incidents concernant la sécurité des patients	A la réunion des infirmiers-chefs et responsables paramédicaux: présenter les résultats de la mesure de la culture, la notification informatisée d'incidents et presque incidents (et signaler que de plus amples renseignements sont disponibles pour tous les autres membres du service)

Pilier 1 : Le développement et l'implémentation d'un système de gestion de la sécurité

Dimension	Action d'amélioration	Indicateur de structure	
D05	Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients	Feed-back sur les activités pour la sécurité des patients, présentation de chiffres et des améliorations effectuées sur la base de ceux-ci	Nombre de réunions pendant lesquelles des chiffres sur la sécurité des patients (en ce qui concerne les domaines de la médication, de l'agression, du suicide et des incidents de chute) sont présentés et commentés via les canaux de communication (durant les réunions de direction, des chefs de service et des infirmiers-chefs)
D06	L'absence de sanction face aux erreurs	Projet « absence de sanction face aux erreurs »	L'ouvrage « Points de départ pour une notification d'incidents » est disponible dans les départements où le système de notification est implanté
D07	L'encadrement en personnel	Développement et implémentation d'une méthode permettant d'attribuer de manière objective le personnel infirmier supplémentaire en fonction de la charge de travail et du temps disponible	Pourcentage d'unités de soins C-D-G qui visualisent la charge de travail en fonction du profil des patients (patients high care, patients medium care et patients low care) (= monitoring quotidien)
D08	Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients	Soutien de la direction hospitalière pour la sécurité des patients	Mise à l'ordre du jour du comité de direction du thème sécurité des patients
D09	Le travail d'équipe entre les départements	Amélioration de la communication et de la coordination entre les départements abordant une nouvelle structure de processus de soins	Nombre de moments de concertation avec l'équipe responsable de chaque processus de soins
D10	La transmission des informations et les transferts	Introduction d'un dossier de soins électronique dans tous les départements entre le 24 août 2009 et le 22 novembre 2011	Arrêt progressif du service MVG central avec 1,6 ETP
O01	La perception globale de la sécurité	Effectuer des activités sur la sécurité dans tout l'hôpital	Pourcentage d'activités « sécurité » effectuées
O02	La fréquence du signalement des événements indésirables	Signaler et analyser des événements indésirables	L'hôpital dispose d'un système de notification et d'analyse intégré pour les événements indésirables

Tableau 8: Exemples d'actions d'amélioration avec *indicateurs de processus* par dimension de la mesure de la culture de sécurité des patients

Dimension	Action d'amélioration	Indicateurs de processus	
D01	La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients	Etablir une structure avec un nombre limité de caractéristiques organisationnelles dans un département de soins (C-D-G)	Suivre le nombre de signalements par département concernant les incidents de chute
D02	La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue	Enregistrement des erreurs de médication	Pourcentage de prescriptions avec une fréquence d'administration erronée
D03	Le travail en équipe au sein des unités	Tri au service d'urgence	Nombre de patients vus par le « trieur »
D04	L'ouverture à la communication	Introduire une procédure dans chaque réunion d'équipe	Introduire une procédure dans chaque réunion d'équipe. Ceci peut être une nouvelle procédure ou une procédure en lien avec un incident ou une procédure devant être redéveloppée
D05	Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients	Amélioration du feed-back et de la communication sur la sécurité	Nombre de mise à jour des informations sur la fréquence et le type de notifications, ainsi que les actions entreprises (diffusées via intranet/e-mail)
D06	L'absence de sanction face aux erreurs	Réaction non punitive aux erreurs	Possibilité de notifier dans les différents départements
D07	L'encadrement en personnel	Soutien lors d'une charge de travail accrue	Nombre de demandes de soutien venant des équipes mobiles/nombre d'interventions réalisées
D08	Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients	Développement d'une politique de qualité dans l'hôpital	Nombre d'incidents signalés
D09	Le travail d'équipe entre les départements	Optimiser et augmenter les moments de concertation à l'intérieur des départements	Pourcentage d'accords respectés dans les deux mois

Pilier 1 : Le développement et l'implémentation d'un système de gestion de la sécurité

Dimension	Action d'amélioration	Indicateurs de processus	
D10	La transmission des informations et les transferts	Amélioration de la communication transmurale au moment où un patient psychogériatrique est transféré	Pourcentage de formulaires interdisciplinaires qui satisfont aux exigences. Ensuite, la personne qui traite le patient est informée dans un langage compréhensible
O01	La perception globale de la sécurité	Développement d'une politique visant à diminuer le nombre de contentions	Désigner une personne de référence par département
O02	La fréquence du signalement des événements indésirables	Installation d'un système de notification d'incidents	Pourcentage de feed-backs suite à des notifications d'incidents

Tableau 9: Exemples d'actions d'amélioration avec *indicateurs de résultat* par dimension de la mesure de culture de la sécurité des patients

Dimension	Action d'amélioration	Indicateurs de résultat	
D01	La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients	Nombre d'incidents signalés et fiabilité de la procédure de signalement	Nombre d'incidents de chute
D02	La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue	Introduire l'utilisation de deux formulaires pour récolter les incidents et décès (Mortality – Morbidity – Quality)	Pourcentage de décès pour lesquels un formulaire Mortality – Morbidity – Quality (décès) a été rempli
D03	Le travail en équipe au sein des unités	Travail d'équipe à l'intérieur du département	Mesure de satisfaction des collaborateurs
D04	L'ouverture à la communication	Analyse, développement, amélioration de processus multidisciplinaire sur le « syndrome métabolique »	Patients qui sont traités avec des antipsychotiques atypiques et qui montrent des effets non désirés
D05	Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients	Rendre les améliorations plus transparentes et stimuler les signalements d'incidents	Incidents de chute pendant la journée

Dimension	Action d'amélioration	Indicateurs de résultat	
D06	L'absence de sanction face aux erreurs	Soutien de la culture de notification par l'introduction d'une réaction non punitive et par la possibilité d'une notification anonyme	Nombre de plaintes anonymes. Les plaintes nominatives restant possibles
D07	L'encadrement en personnel	Une meilleure qualité avec le même effectif par l'implémentation de STAN-monitoring en combinaison avec un monitoring central de CTG.	Nombre de césariennes secondaires
D08	Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients	Écoute du personnel après un incident critique	Pourcentage de satisfaction des collaborateurs après un incident critique
D09	Le travail d'équipe entre les départements	Optimisation du traitement médicamenteux pour les patients polymédiqués et/ou gériatriques dans le cadre d'une intervention chirurgicale planifiée	Satisfaction des fournisseurs de soins extra-muros et des patients par rapport au soutien du pharmacien clinique
D10	La transmission des informations et les transferts	Transmission d'informations lors de transferts internes	Pourcentage de dossiers de patients avec une information complète sur le transfert et disponible à temps
O01	La perception globale de la sécurité	Prévention des chutes	Nombre d'incidents de chute avec blessures/nombre total d'incidents de chute
O02	La fréquence du signalement des événements indésirables	Prévention des chutes	Nombre de signalements d'incidents de chute en gériatrie/1 000 jours d'hôpital

À titre pédagogique et illustratif, trois exemples élaborés sont ajoutés en annexe à ce chapitre (un par type d'hôpital), pour préciser comment les indicateurs peuvent être formulés au niveau de la structure, du processus et du résultat. Dans ces exemples, il est également indiqué le lien entre les indicateurs et la mission, ainsi que la vision de l'organisation concernant la qualité des soins.

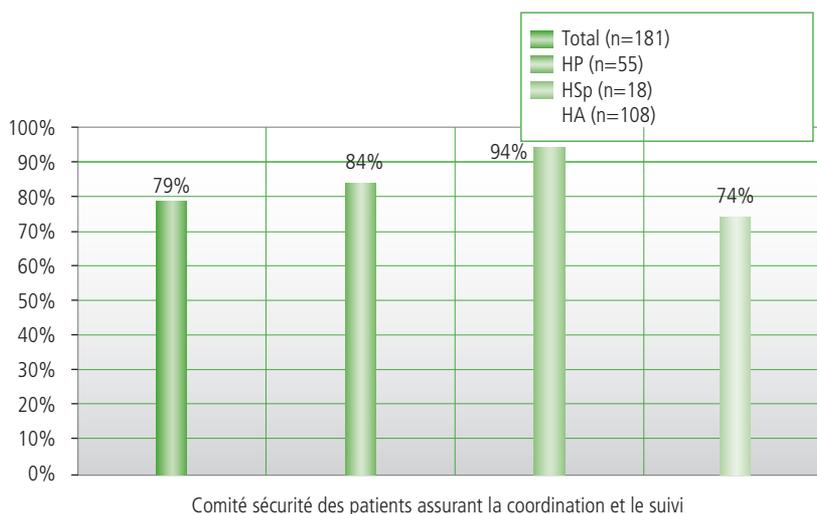
La liste détaillée des actions d'amélioration et des indicateurs de toutes les dimensions de la mesure de la culture de sécurité des patients est disponible au format PDF sur www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport contrat 2008-2009).

3.4. Le Comité pour la sécurité des patients

Les résultats issus des rapports de la première année de contrat (2007-2008) nous apprennent que 80 % des hôpitaux disposent déjà d'un Comité pour la sécurité des patients.

De l'analyse des rapports de l'année de contrat 2008-2009, il s'avère que le comité est chargé de la coordination et du suivi des activités ayant trait au plan de sécurité des patients, à la mesure de la culture de sécurité des patients et aux actions d'amélioration dans presque huit hôpitaux sur dix (79 %). Dans la figure 3, il s'avère que c'est proportionnellement plus souvent le cas dans les hôpitaux Sp (94 %), puis dans les hôpitaux psychiatriques (84 %) et ensuite dans les hôpitaux aigus (74 %).

Figure 3: Comités pour la sécurité des patients responsables pour la coordination et le suivi de toutes les activités concernant la sécurité des patients (en %)



4. DISCUSSION

L'analyse du nombre de plans de sécurité des patients, des actions d'amélioration, des indicateurs liés aux résultats de la mesure de la culture et des activités du Comité pour la sécurité des patients permettent de formuler les conclusions et réflexions suivantes.

1. La majorité des hôpitaux disposent d'un **plan de sécurité des patients** qui, dans la plupart des cas, fait partie du plan stratégique global de l'hôpital. Cependant, 20 % des plans de sécurité des patients présentés ne sont pas repris dans le plan stratégique général. Ceci laisse supposer que, dans ces hôpitaux, la sécurité des patients n'est pas intégrée dans la stratégie globale de l'hôpital, voire même qu'elle est considérée comme une partie rédigée de manière séparée de la politique générale. La plupart des plans de sécurité des patients sont toutefois pluriannuels et comprennent des objectifs stratégiques et opérationnels. Pour l'instant, il n'est pas encore possible de se prononcer sur la qualité des plans de sécurité.
2. Les hôpitaux formulent un nombre élevé **d'actions d'amélioration** avec des indicateurs qui sont liés aux résultats des mesures individuelles de la culture de sécurité des patients effectuées en 2007. Une action d'amélioration sur quatre (n=65) est relative à la dimension «transmission des informations et transferts». Cette constatation concorde avec les résultats de l'étude de Hellings et Schrooten (2009) dans laquelle, sur la base d'un benchmarking, il a été constaté que les hôpitaux ressentent la dimension «transmission des informations et transferts» comme la plus problématique⁸. Cependant, certaines dimensions ont un score faible. Il s'agit principalement des dimensions où le management et le leadership peuvent jouer un rôle, comme par exemple le «soutien de la hiérarchie en matière de la sécurité des patients» et l'«absence de sanction face aux erreurs», qui sont peu utilisées et ne contiennent donc que peu d'actions d'amélioration (respectivement 6 % et 7 % des actions d'amélioration effectuées). Par le biais d'actions d'amélioration, l'évolution du score de ces dimensions pourrait améliorer la perception de la culture de sécurité des patients, et développer de manière efficace un système de gestion de la sécurité (SGS). Ainsi, le développement d'un système de signalement et de l'enregistrement des (presque) incidents comme partie d'un SGS, n'aura de succès que dans la mesure où un contexte non punitif peut être déve-

8 J. Hellings & W. Schrooten, *Sécurité du patient à l'hôpital: quelques notions de base et premières explorations de la culture de sécurité*, 2009.

loppé dans l'hôpital, avec le soutien réel et conséquent du management hospitalier.

3. Les hôpitaux n'utilisent que peu d'indicateurs de résultat pour les actions d'amélioration. La moitié des **indicateurs** formulés sont des indicateurs de processus, 38 % sont des indicateurs de structure et seulement 7 % sont des indicateurs de résultat. Le succès des actions d'amélioration ne peut pas uniquement être jugé par rapport aux valeurs obtenues pour les indicateurs de structure et de processus, mais doit également contenir un nombre suffisant d'indicateurs de résultat. En outre, il est frappant qu'aucun hôpital ne formule des indicateurs pour les actions d'amélioration présentées comme étant à la fois du domaine de la structure, du processus et du résultat. Seul un nombre limité d'hôpitaux formule des indicateurs mesurables selon le principe du numérateur/dénominateur et donne une indication sur la fiabilité ou la validité de l'indicateur utilisé.
4. Les hôpitaux ne réussissent pas toujours à classer leurs actions d'amélioration dans la «bonne» dimension de la mesure de la culture de sécurité des patients. Par exemple, une action d'amélioration concernant l'implémentation d'un dossier de patient électronique afin d'améliorer la communication entre les professionnels des soins de santé est classée dans les dimensions «travail en équipe au sein des unités» (D03), «ouverture à la communication» (D04), «retours d'informations et communication en matière de sécurité des patients» (D05) et «transmission des informations et transferts» (D10) par un hôpital. Cependant, cette action d'amélioration a sa place dans la dimension «transmission des informations et transferts» car elle traite de l'échange d'informations entre départements ou services et d'une bonne communication lors du transfert des patients d'un département à l'autre ou lors du changement des postes de travail.
5. Un rôle important est attribué au **Comité pour la sécurité des patients** lors de la coordination et du suivi des activités concernant la sécurité des patients. C'est le cas dans huit hôpitaux belges sur dix.



ANNEXE

Indicateurs par rapport à la mission et à la vision de l'organisation

Trois exemples développés ci-dessous présentent le lien entre les indicateurs et la mission-vision d'une institution par rapport à la qualité des soins et comment sont formulés les indicateurs en fonction des trois dimensions (structure, processus et résultat).

En outre, ces exemples mettent en évidence une meilleure compréhension de la cohérence entre les trois piliers (structures, processus, résultats) des contrats «Coordination qualité et sécurité des patients» du SPF SPSCAE.

Exemple pour les hôpitaux aigus: département maternité⁹

Mission:

Procurer des soins obstétricaux efficaces et efficients pour une contribution positive de la période obstétricale.

Vision:

Accorder une assistance à l'accouchement avec compétence et dans les délais, pour l'entière satisfaction de l'accouchée et de l'obstétricien. Cette vision exprime l'importance que la maternité accorde notamment aux soins:

1. administrés par un collaborateur compétent;
2. procurés au bon moment;
3. dont la patiente est très satisfaite.

La vision donne en général une direction à l'institution et au département à plus long terme. La vision est la base de la politique et de la stratégie. La politique et la stratégie sont par exemple déterminées dans un plan pluriannuel ou un plan annuel. Cependant, un plan stratégique ne peut servir de pilotage que s'il comprend des objectifs mesurables.

⁹ A. VAN DAM, *Kwaliteitsindicatoren in de zorg*, ZBC Kennisbank, version revue du 28 avril 2010.

Objectifs:

Cette maternité a déterminé trois objectifs sur la base de sa vision:

1. 50 % des sages-femmes auront suivi avant la fin de l'année le cours donné en interne.
2. Dans 95 % des soins obstétricaux délivrés, la sage-femme est auprès de la patiente dans les délais requis.
3. 90 % des patientes et des obstétriciens sont satisfaits des prestations de la sage-femme.

Indicateurs:

Il est maintenant essentiel que cette maternité sache si les objectifs sont atteints. Ceci est possible en déterminant les indicateurs et les normes y afférents. Les objectifs 1, 2 et 3 peuvent être atteints de la manière suivante:

1. Indicateur de structure: pourcentage de collaborateurs qui ont suivi le cours X.
2. Indicateur de processus: dans l'heure suivant la communication de l'imminence de l'accouchement, la sage-femme est auprès de la patiente.
3. Indicateur de résultat: pourcentage de patientes et d'obstétriciens qui évaluent les prestations de la sage-femme avec l'obtention d'au moins un score de 8/10 dans l'enquête de satisfaction des patientes.

Exemple pour les hôpitaux psychiatriques: direction¹⁰

Mission:

En tant que centre psychiatrique, nous voulons offrir l'aide la plus juste possible. Pour ce faire, nous nous adressons à l'homme dans son ensemble, en tenant compte de ses besoins psychiques, physiques, spirituels et sociaux. L'hospitalité familiale et le respect permanent de l'individu – indépendamment de son origine, de son sexe et de ses convictions – sont centraux. Pour nos patients, nous aspirons à l'indépendance et à la meilleure qualité de vie possible.

Un homme est un homme à travers la solidarité de son entourage. Nous attachons donc une attention particulière à inclure ses proches dans sa prise en charge.

¹⁰ Exemple d'un hôpital psychiatrique belge.

La concertation intensive est la base de notre traitement. Ensemble, nous voulons offrir une aide experte, de qualité et scientifiquement référencée.

En collaboration avec les autres prestataires de soins externes, nous formons un pont vers la société.

Tous nos collaborateurs sont orientés patient. Chaque activité liée aux soins a son importance et est effectuée dans un climat d'ouverture réciproque, de respect et d'écoute permanente.

Vision:

Nous voulons optimiser la sécurité des patients et le bien-être des collaborateurs. À cette fin, nous avons besoin d'informations sur la délivrance des soins. Nous essayons d'obtenir cette information par un système de rapportage permanent et une mesure périodique d'indicateurs. Nous aspirons à une culture de sécurité ouverte et transparente, dans laquelle nos collaborateurs et clients sont encouragés à signaler toute information liée à la sécurité (événements spéciaux). Nous optons pour une approche par processus documentée, intégrée et globale pour parvenir à une gestion dynamique des risques, soutenu par la direction et tous les collaborateurs. Nous optons pour une institution apprenante en essayant d'optimiser les compétences afin de pouvoir tirer les conclusions appropriées de l'information et de la formation recueillies. Nous nous engageons à suivre méticuleusement les réglementations et directives générales, à prévoir les moyens nécessaires et à déterminer les responsabilités à chaque niveau. Nous acceptons le fait que les erreurs soient possibles et nous ne nous focalisons pas sur l'identification des coupables mais sur l'analyse de(s) l'événement(s) comme point de départ pour mettre en œuvre des mesures de prévention nécessaires.

Objectifs:

L'hôpital psychiatrique a déterminé les objectifs suivants sur la base de cette vision:

1. Le patient/le citoyen et son entourage sont mis au centre, partant d'une participation et d'une intégration maximales.
2. Les collaborateurs et clients sont encouragés à signaler toute information liée à la sécurité (événements spéciaux).
3. Les compétences des collaborateurs sont optimisées.

Indicateurs:

Pour savoir si l'hôpital psychiatrique a atteint les objectifs, on détermine des indicateurs et des normes.

1. Indicateur de structure:
 - pourcentage de patients qui ont un accès immédiat à (des parties de) leur dossier de patient électronique;
 - pourcentage de collaborateurs qui ont suivi une formation interne concernant l'agression au cours des deux dernières années.
2. Indicateur de processus: pourcentage de collaborateurs qui ont effectivement signalé un événement spécial l'année dernière.
3. Indicateur de résultat: pourcentage de collaborateurs qui éprouvent un sentiment de sécurité plus élevé, trois mois après la formation interne sur les agressions.

Exemple pour les hôpitaux Sp: département infirmier¹¹

Mission:

Dans l'institution, les soins infirmiers les meilleurs possibles et responsables sont dispensés dans l'institution.

Vision:

Dans le département infirmier, nous voulons donner des soins de qualité sûrs et basés sur les preuves scientifiques par des équipes solides, motivées, compétentes; les infirmiers sont en charge du patient de l'admission à sa sortie en utilisant les ressources et moyens de manière responsable; par conséquent, les patients sont satisfaits.

Objectifs:

Le département infirmier a déterminé les objectifs suivants sur la base de cette vision:

1. Le risque de dommage au patient est réduit à 0 en prenant des mesures préventives.
2. Tous les infirmiers doivent avoir un score de 80 % au minimum sur un test de connaissance spécifique concernant les domaines critiques de la balanced scorecard.
3. 90 % des collaborateurs sont contents de leur travail.

¹¹ Exemple d'un hôpital Sp belge.

Indicateurs:

Pour savoir si le département infirmier a atteint les objectifs, des indicateurs et des normes sont spécifiés.

1. Indicateur de structure: pourcentage de jours travaillés avec un effectif minimal.
2. Indicateur de processus: pourcentage d'infirmiers qui ont suivi une formation X.
3. Indicateur de résultat: pourcentage de collaborateurs qui ont un score de 80 % au minimum pour la satisfaction au travail.



CHAPITRE 2.

PILIER 2: ANALYSER ET (RE)DÉVELOPPER UN PROCESSUS

Conclusions Clés

- Au total, **202 processus d'amélioration** ont été présentés par 178 des 185 hôpitaux belges participants.
- 68 % de tous les processus d'amélioration sont des processus de soins, 32 % traitent du transfert intra-muros (dans 8 cas sur 10, le transfert intra-muros se déroule à l'intérieur d'un hôpital ou sur un même site).
- 51 % des processus de soins des **hôpitaux aigus** traitent de prothèse totale de la hanche, de prothèse totale du genou, de carcinome mammaire et d'AVC. Pour le carcinome vésical, le carcinome pulmonaire et la cholécystectomie par voie laparotomique, aucune action d'amélioration n'a été présentée.
- 67 % des processus de soins **des hôpitaux psychiatriques** ont trait à des priorités stratégiques de l'institution telles que le syndrome métabolique, la médication, la communication au sujet des soins et la prévention des chutes. Les processus de soins concernant l'agression traitent principalement de la gestion de l'agression, de la stratégie et de la prévention.
- 77 % des processus de soins **des hôpitaux Sp** ont trait à des pathologies pour lesquelles un grand nombre d'admissions ont été réalisées en 2007, telles que l'AVC et la prothèse totale du genou.
- Pour 73 % des processus d'amélioration, **un groupe de travail multidisciplinaire** a été constitué. Il n'y a pas de différences notables entre les types d'hôpitaux.

-
- **Des conventions entre services** ont été définies pour 22 % des processus d'amélioration.
 - Pour 15 % des processus d'amélioration présentés (30/202), les **dix étapes** ont été réalisées, y compris la phase de continuité.
 - Pour 66 % des processus d'amélioration présentés, des **indicateurs** ont été formulés et pour 65 % des processus d'amélioration présentés, des interventions clés ont été énoncées.
 - 70 % des indicateurs et interventions clés formulés concernent des **processus de soins**. Un tiers traite du transfert intra-muros, surtout à l'intérieur d'un hôpital ou d'un même site.
 - **Les hôpitaux aigus** ont formulé le plus grand nombre d'indicateurs pour la prothèse totale de la hanche, l'accouchement par voie vaginale et la prothèse totale du genou. Des interventions clés sont surtout formulées pour la prothèse totale de la hanche et le diabète.
 - Dans les **hôpitaux psychiatriques**, la plupart des indicateurs et interventions clés sont formulés pour l'agression, le syndrome métabolique et la prévention des chutes.
 - Dans les **hôpitaux Sp**, la prothèse totale du genou est le thème relié au plus grand nombre d'indicateurs et d'interventions clés rédigés (76 %).
 - Les hôpitaux formulent **peu d'indicateurs mesurables**: cette absence de données «chiffrées» empêche de suivre leurs évolutions dans le temps, de définir des objectifs chiffrés, de les comparer avec d'autres unités ou institutions, et d'apporter des améliorations.
 - Les hôpitaux ne sont **pas familiarisés** avec la notion «**d'intervention clé**».

1. INTRODUCTION

Les processus de soins sont les processus pour lesquels plusieurs départements hospitaliers et/ou équipes sont le plus souvent impliqués.

De la littérature et de différentes expériences pratiques, il s'avère que le développement de processus de soins peut mener à une baisse:

- du nombre de plaintes;
- de la variation des soins;
- du nombre d'exams/interventions inutiles;
- du nombre de réadmissions;
- du nombre de journées d'hospitalisation.

Les processus de soins doivent être rédigés selon une méthode spécifique (par exemple le cycle PDCA), et doivent être évalués et améliorés de façon continue. Il faut ensuite vérifier si les modifications effectuées ont créé une véritable amélioration et s'il est donc nécessaire de pouvoir à nouveau les mesurer¹². À cette fin, les actions d'amélioration formulées doivent être exprimées d'une façon «SMART». C'est la seule façon de pouvoir évaluer les résultats des actions d'amélioration. SMART est l'abréviation de: Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini. Ceci signifie que l'action d'amélioration doit être claire (spécifique), qu'on doit pouvoir vérifier si elle a été réalisée (mesurable), qu'il y a une base et un engagement suffisant (atteignable), qu'elle est réalisable (réaliste), et que les dates de début et de fin sont déterminées (temporellement définie).

Contrairement à la première année du contrat (2007-2008), une distinction entre les trois types d'hôpitaux a été établie pour la deuxième année du contrat. Les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp peuvent faire un choix dans une liste de thèmes donnée (thèmes de soins et transfert intra-muros). Le transfert intra-muros a été ajouté au deuxième pilier pour donner la possibilité aux hôpitaux d'intégrer une action d'amélioration sur la base des résultats de la dimension «transmission et transfert» de la mesure de la culture de sécurité des patients. Le transfert intra-muros peut être choisi par les trois types d'hôpitaux.

2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Dans le contrat 2008-2009, il a été demandé aux hôpitaux belges:

- de sélectionner un processus (ou une partie du processus) existant ou nouveau dans une liste donnée;

¹² www.nivel.nl.

-
- d'indiquer si pour le processus (ou la partie du processus) une équipe pluridisciplinaire a été constituée;
 - d'indiquer si des conventions entre services ont été utilisées;
 - d'analyser et (re)développer un processus (ou la partie du processus) selon un plan de dix étapes;
 - d'identifier les indicateurs utilisés et les interventions clés pour le processus d'amélioration sélectionné.

Avant d'entrer dans les détails de chacun des aspects mentionnés ci-dessus et de la méthodologie utilisée, prêtons d'abord attention à la terminologie utilisée.

2.1. Terminologie

Lors du traitement des résultats, une différence a été faite entre «les processus d'amélioration», «les processus de soins» et «les processus de transfert intra-muros». Chacune de ces notions est précisée ci-après.

- Processus d'amélioration: tous les processus de soins et les processus de transfert intra-muros.
- Processus de soins:
 - dans les hôpitaux aigus: les processus basés sur une pathologie;
 - dans les hôpitaux psychiatriques: les processus basés sur des priorités stratégiques, l'agression ou des pathologies qui représentent un grand nombre d'admissions;
 - dans les hôpitaux Sp: les processus basés sur des pathologies qui représentent un grand nombre d'admissions.
- Processus de transfert intra-muros:
 - les processus de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site;
 - les processus de transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution.

2.2. Les processus d'amélioration sélectionnés

Pour les hôpitaux aigus, trois options sont offertes:

1. un processus de transfert intra-muros;
2. un processus (ou partie de processus) basé sur les résultats des indicateurs cliniques du Feed-back Multidimensionnel pour les Hôpitaux (FMH)¹³;

13 Le rapport «Feed-back Multidimensionnel aux hôpitaux» (FMH) du SPF SPSCAE (avril 2008) a été remis à tous les hôpitaux aigus au printemps 2008.

3. un processus (ou partie de processus) sélectionné dans une liste donnée de pathologies avec un grand volume et pour lesquelles il existe déjà des données, Résumé Clinique Minimum (RCM), processus de soins existants avec un caractère multidisciplinaire.

Les processus de soins sélectionnés peuvent avoir trait aux pathologies suivantes:

- Insuffisance cardiaque congestive (FMH)
- IAM (infarctus aigu du myocarde) (FMH)
- CAP (pneumonie communautaire acquise) (FMH)
- AVC (accident vasculaire cérébral) (FMH)
- Fracture de la hanche (FMH)
- Cholécystectomie par voie laparotomique (FMH)
- Césarienne (FMH)
- Diabète
- Prothèse totale du genou
- Prothèse totale de la hanche
- Cholécystectomie par voie laparoscopique
- Hernie inguinale
- Accouchement par voie vaginale
- Carcinome prostatique
- Carcinome vésical
- Carcinome mammaire
- Carcinome pulmonaire
- Carcinome colorectal

Il a été demandé aux hôpitaux psychiatriques de choisir entre:

1. un processus (ou une partie du processus) relatif à l'agression;
2. un processus (ou une partie du processus) qui représente une priorité en matière de politique de gestion;
3. un processus (ou une partie du processus) pour lequel ils ont réalisé un grand nombre d'admissions en 2007;
4. un processus de transfert intra-muros.

Les hôpitaux Sp pouvaient évaluer et analyser leur propre fonctionnement à l'aide:

1. d'un processus (ou une partie du processus) pour lequel ils ont réalisé un grand nombre d'admissions en 2007;
2. d'un processus de transfert intra-muros.

2.3. La constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire (GTM)

Pour l'amélioration et/ou l'analyse d'un processus d'amélioration, il est nécessaire de constituer un groupe de travail multidisciplinaire. Cette équipe est chargée du choix du projet d'amélioration et peut contribuer à la création d'une base pour faciliter l'implémentation. Pour cette raison, il est également recommandé d'impliquer la direction et les gestionnaires de soins dans cette phase¹⁴.

2.4. L'utilisation de conventions entre services

Pour l'analyse et le (re)développement d'un processus existant ou nouveau, les hôpitaux peuvent faire usage de conventions entre services comme appui. Mais les hôpitaux ne sont pas obligés d'en utiliser.

Une convention entre services est une convention entre le prestataire de services et un client sur le niveau de service minimal acceptable. Les conventions entre services constituent un aspect important de la gestion des services et sont utilisées dans de plus en plus d'organisations pour gérer la qualité du service entre les départements internes et les clients internes ou externes. Bien que le concept ait trouvé son origine dans le monde des technologies de l'information (IT), les conventions entre services sont utilisées de plus en plus fréquemment dans les hôpitaux afin de pouvoir répondre aux exigences accrues par rapport à la qualité des soins. Les hôpitaux peuvent par exemple implémenter des conventions entre services entre, d'une part, des services de soutien (tels que l'imagerie médicale, la pharmacie, la rééducation, la cuisine, le nettoyage...) et, d'autre part, les clients «internes» (les unités de soins où les activités clés de l'hôpital et les soins des patients sont réalisées). Grâce aux conventions entre services, le service de soutien est accordé d'une façon optimale avec les activités de soins clés. La qualité du service interne et, par conséquent, la qualité des soins peut être optimisée¹⁵.

2.5. Le plan en dix étapes

La méthode à mettre en œuvre (cycle PDCA) pour élaborer un processus d'amélioration doit, pour les trois types d'hôpitaux, comprendre au moins les dix étapes suivantes:

1. constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire réalisant le véritable projet;

14 www.zonmw.nl.

15 www.vlerick.be; www.medinews.be.

2. détermination des critères d'inclusion et d'exclusion, et constitution de l'ensemble des indicateurs;
3. réalisation d'une pré-mesure, d'une analyse de dossier et d'une étude de la littérature;
4. élaboration d'une première définition du processus et définition des interventions clés;
5. élaboration d'une deuxième description du processus en tenant compte des propositions d'amélioration formulées par l'équipe et confrontation du processus à la réalité;
6. développement de la version définitive du processus;
7. implémentation et formation;
8. réalisation d'une post-mesure;
9. analyse les résultats de la post-mesure et, si nécessaire, planification des actions d'amélioration du processus;
10. continuité du processus.

Les résultats concernant les processus sélectionnés, l'équipe multidisciplinaire, les conventions entre services et le plan en dix étapes ont été rapportés par les hôpitaux dans un document de rapportage standardisé (Excel) conçu par le SPF SPSCAE pour le pilier 2. Les données ont été traitées quantitativement, au niveau national et, si c'était pertinent, également par type d'hôpital.

2.6. Les indicateurs

Les indicateurs de soins sont des données de soins mesurables qui offrent une indication sur le niveau de qualité des soins obtenu. Ils apportent une information à l'institution et représentent des points faibles ou forts de la qualité. Dans le premier chapitre, la distinction entre indicateurs de structure, processus et résultats a été précisée. Dans ce chapitre, l'accent est mis sur les indicateurs de processus qui nous renseignent sur le déroulement des processus dans une institution¹⁶.

2.7. Les interventions clés

Travailler avec des processus présente l'avantage d'améliorer la qualité des soins par l'implémentation de directives cliniques pratiques sous un contrôle multidisciplinaire et d'optimiser par conséquent l'application de la connaissance médicale, paramédicale et infirmière la plus récente. Les interventions

16 www.zichtbarezorg.nl.

clés sont les interventions principales du processus des soins et ont un impact sur le temps de déroulement du séjour ou le résultat du processus¹⁷.

Pour le traitement des résultats concernant les indicateurs et interventions clés, un document de rapportage standardisé complété par des données complémentaires a été utilisé. Les données complémentaires sur les indicateurs et interventions clés ont été demandées en avril 2010. Il a été demandé d'énoncer les indicateurs et interventions clés utilisés par processus d'amélioration. Le taux de réponse pour cette demande complémentaire est de 85 %. Ces données additionnelles ont permis une analyse plus approfondie.

3. RÉSULTATS

Les résultats sont classés dans six parties:

- les processus d'amélioration sélectionnés en faisant la distinction entre «processus de soins» et «processus de transfert»;
- la constitution d'une équipe multidisciplinaire;
- l'utilisation de conventions entre services;
- le plan en dix étapes;
- les indicateurs;
- les interventions clés.

3.1. Les processus d'amélioration sélectionnés

Vous trouverez ci-après un aperçu global des processus d'amélioration présentés, dans lequel une distinction est faite entre les processus de transfert intra-muros et les processus de soins. Les nombres et types des processus d'amélioration sont ensuite présentés, d'abord pour tous les hôpitaux, puis par type d'hôpital.

3.1.1. Nombre de processus d'amélioration présentés

Les hôpitaux belges participants (n = 185) ont présenté, au total, 202 processus d'amélioration (sur 178 rapports reçus pour le pilier 2). Douze hôpitaux ont présenté plus d'un processus d'amélioration. Six hôpitaux n'ont pas présenté de processus d'amélioration (tableau 1).

17 Kris Vanhaecht, CZV-KULeuven, 2008.

Tableau 1: Nombre de processus d'amélioration présentés pour l'ensemble de la Belgique et par type d'hôpital

	HA		HP		HSp		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nb d'hôpitaux participants	109	59 %	57	31 %	19	10 %	185	100 %
nb de rapports reçus pour le pilier 2	106	60 %	54	30 %	18	10 %	178	100 %
nb de processus d'amélioration présentés	129	64 %	56	28 %	17	8 %	202	100 %

64 % des processus d'amélioration présentés proviennent des hôpitaux aigus, 28 % des hôpitaux psychiatriques et 8 % des hôpitaux Sp.

3.1.2. Types des processus d'amélioration présentés

68 % de tous les processus présentés sont des processus de soins, 32 % traitent du transfert intra-muros. Environ huit processus de transfert intra-muros sur dix (51 sur 64) concernent un transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou d'un même site (tableau 2).

Tableau 2: Types de processus d'amélioration présentés pour l'ensemble de la Belgique et par type d'hôpital

	HA		HP		HSp		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
processus de soins	86	67 %	39	70 %	13	76 %	138	68 %
transfert intra-muros	43	33 %	17	30 %	4	24 %	64	32 %
transfert intra-muros dans l'hôpital ou le site même	33	25 %	14	25 %	4	24 %	51	25 %
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	10	8 %	3	5 %	0	0 %	13	7 %
total	129	100 %	56	100 %	17	100 %	202	100 %

Les processus d'amélioration par type d'hôpital sont commentés ci-après.

3.1.3. Processus d'amélioration sélectionnés par les hôpitaux aigus

Les hôpitaux aigus ont présenté, au total, 129 processus d'amélioration (sur un total de 106 rapports reçus). Trois hôpitaux n'ont présenté aucun processus d'amélioration (tableau 1).

67 % des processus d'amélioration présentés sont des processus de soins. De ceux-ci, 60 % ont été sélectionnés dans la liste de pathologies fournie, 7 % concernent des «autres» processus cliniques comme, par exemple, un processus sur le faisceau de soins «cathéter central veineux». 33 % traitent du processus de transfert intra-muros (tableau 2).

La moitié (51 %) des processus d'amélioration présentés traitent de prothèse totale de la hanche (22 %), de prothèse totale du genou (10 %), de carcinome mammaire (10 %) et de l'AVC (9 %).

Pour le carcinome vésical, le carcinome pulmonaire et la cholécystectomie par voie laparotomique, aucun processus d'amélioration n'a été présenté.

77 % des processus de transfert intra-muros présentés traitent de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (tableau 3).

Tableau 3: Thèmes de processus d'amélioration présentés par les hôpitaux aigus

	n	%
prothèse totale de la hanche	19	22 %
prothèse totale du genou	9	10 %
carcinome mammaire	9	10 %
AVC	8	9 %
césarienne	6	7 %
IAM	6	7 %
accouchement par voie vaginale	5	6 %
diabète	5	6 %
fracture de la hanche	4	5 %
carcinome colorectal	2	2 %

	n	%
hernie inguinale	2	2 %
cholécystectomie par voie laparoscopique	2	2 %
insuffisance cardiaque congestive	1	1 %
carcinome prostatique	1	1 %
CAP	1	1 %
carcinome vésical	0	0 %
carcinome pulmonaire	0	0 %
cholécystectomie par voie laparotomique	0	0 %
autre	6	7 %
total: processus de soins	86	100 %
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	33	77 %
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	10	23 %
total: transfert intra-muros	43	100 %
total	129	

3.1.4. Processus d'amélioration sélectionnés par les hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques ont présenté, au total, 56 processus d'amélioration (sur 54 rapports reçus). Deux hôpitaux n'ont pas présenté de processus d'amélioration (tableau 1).

70 % des processus d'amélioration présentés sont des processus de soins. De ceux-ci, 67 % traitent d'une priorité stratégique, 26 % d'agression et 8 % ont trait aux processus de soins pour lesquels un grand nombre d'admissions ont été réalisées en 2007. 30 % ou 17 des 56 processus d'amélioration traitent de transfert intra-muros (tableaux 2 et 4).

Les processus de soins sur des priorités stratégiques présentés traitent du syndrome métabolique (n = 5), de la médication (n = 4), de communication sur les soins (n = 3), de prévention des chutes (n = 3), d'isolement (n = 2), de malnutrition chez les personnes âgées (n = 1), de dossier de patient électronique (n = 1), de contention (n = 1), de gestion de situations de crise (n = 1), de diagnostic et traitement (n = 1), de planification de la sortie (n = 1), de procédure de sortie (n = 1), de problèmes de déglutition (n = 1) et de récolte d'incidents (n = 1).

Les processus de soins sur l'agression (n = 10) ont principalement trait à la gestion des agressions, à la stratégie et à la prévention.

Trois hôpitaux psychiatriques ont présenté un processus de soins concernant un nombre élevé d'admissions en 2007. Les thèmes sont:

- observation de situations de crise dans un département de désintoxication;
- itinéraire clinique «dépression sévère»;
- isolement.

82 % des processus de transfert ont trait au transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou d'un même site et 18 % au transfert intra-muros entre différents sites d'un seul hôpital (tableau 4).

Tableau 4: Thèmes des processus d'amélioration présentés par les hôpitaux psychiatriques

	n	%
une priorité en matière de politique de gestion	26	67 %
agression	10	26 %
un grand nombre d'admissions	3	8 %
total: processus de soins	39	100 %
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	14	82 %
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	3	18 %
total: transfert intra-muros	17	100 %
total	56	

3.1.5. Processus d'amélioration sélectionnés par les hôpitaux Sp

Au total, les hôpitaux Sp ont présenté 17 processus d'amélioration (sur 18 rapports reçus). Un hôpital Sp n'a pas présenté de processus d'amélioration (tableau 1).

76 % des processus présentés sont des processus de soins. De ceux-ci, 77 % ont trait à des pathologies pour lesquelles un grand nombre d'admissions ont été réalisées en 2007. 23 % des processus de soins traitent d'autres thèmes. Environ un processus d'amélioration présenté sur quatre (24 %) est un processus de transfert intra-muros (tableaux 2 et 5).

Les processus présentés avec un grand nombre d'admissions concernent les pathologies suivantes:

- AVC (3 hôpitaux);
- prothèse totale du genou (2 hôpitaux);
- prothèse totale de la hanche (1 hôpital);
- maladies et affections cardio-vasculaires (1 hôpital);
- polypathologie chronique comme facteur influençant les chutes (1 hôpital).

Deux hôpitaux n'ont pas spécifié le processus d'amélioration.

D'autres processus d'amélioration présentés traitent des conventions externes de transport pour patients souffrant de sclérose en plaques (= 1), du processus d'admission (n = 1) et de la médication (n = 1).

Tableau 5: Thèmes des processus d'amélioration présentés par les hôpitaux Sp

	n	%
un grand nombre d'admissions	10	77 %
autres	3	23 %
total: processus de soins	13	100 %
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	4	100 %
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	0	0 %
total: transfert intra-muros	4	100 %
total	17	

3.2. La constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire (GTM)

Il a été demandé aux hôpitaux si un groupe de travail multidisciplinaire a été constitué pour améliorer et/ou analyser le processus d'amélioration sélectionné. Pour 73 % des processus d'amélioration présentés (147 des 202), un groupe de travail multidisciplinaire a été constitué. On ne remarque pas de grandes différences entre les trois types d'hôpitaux. Chez les hôpitaux Sp, un groupe de travail multidisciplinaire est constitué un peu plus souvent (76 %) que dans les hôpitaux aigus et psychiatriques, dans respectivement 73 % et 71 % des cas (tableau 6).

Il n'est pas possible de vérifier si les directions, médecins et gestionnaires de soins sont impliqués.

Tableau 6: Caractéristiques des processus d'amélioration présentés par type d'hôpital

	HA		HP		HSp		total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
processus d'amélioration présenté	129	100 %	56	100 %	17	100 %	202	100 %
constitution d'une équipe multidisciplinaire	94	73 %	40	71 %	13	76 %	147	73 %
utilisation de conventions entre services	37	29 %	5	9 %	3	18 %	45	22 %
plan en dix étapes complètement finalisé	17	13 %	9	16 %	4	24 %	30	15 %

3.3. L'utilisation de conventions entre services

Les hôpitaux peuvent facultativement utiliser des conventions entre services. Les résultats nous apprennent que pour un processus d'amélioration sur cinq (22 %), des conventions entre services ont été développées. Dans les hôpitaux aigus, c'est le cas pour 29 % des processus d'amélioration. Dans les hôpitaux Sp et les hôpitaux psychiatriques, c'est le cas respectivement dans 18 % et 9 % des processus d'amélioration (tableau 6).

3.4. Le plan en dix étapes

Il a été demandé aux hôpitaux de suivre le cycle PDCA lors de l'amélioration ou de l'analyse du processus sélectionné. Les résultats mentionnés ci-dessous reflètent dans quelle mesure le plan en dix étapes a été suivi. Les hôpitaux doivent répondre à deux questions concernant le processus d'amélioration et le plan en dix étapes:

- Le plan en dix étapes a-t-il été suivi dans son intégralité pour le processus d'amélioration?
- Indiquez quelles étapes sont achevées pour le processus d'amélioration.

Lorsqu'on compare les réponses aux deux questions, on voit de légères différences dans les résultats.

3.4.1. Le plan en dix étapes est suivi dans son intégralité, jusqu'à la phase de continuité

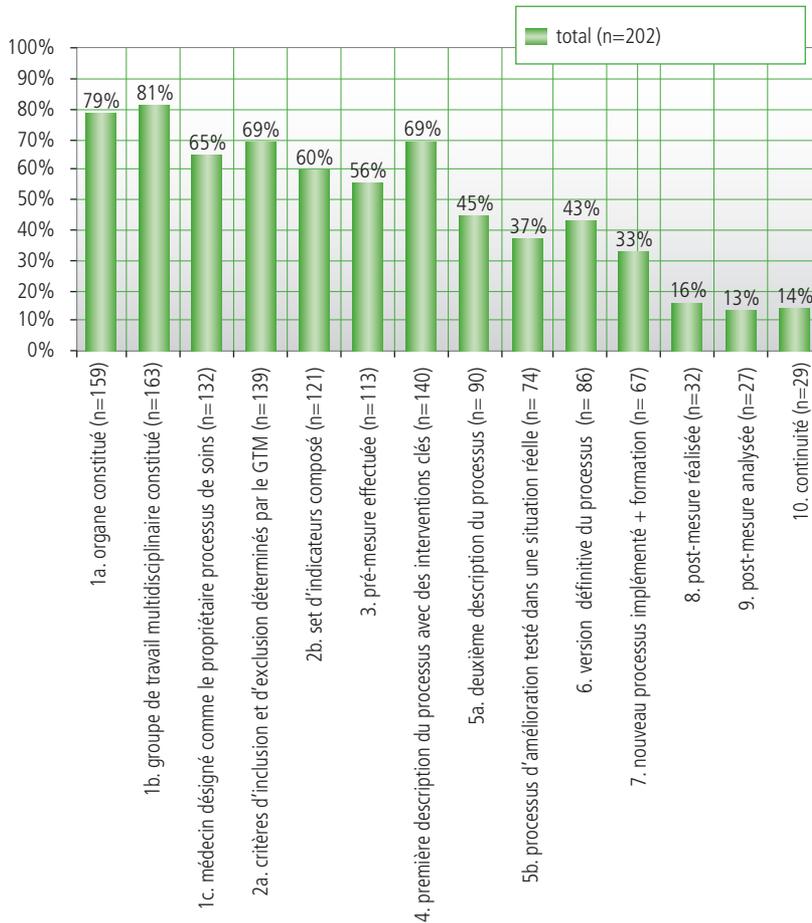
Le plan en dix étapes a été entièrement finalisé, jusqu'à la phase de continuité, pour 15 % (n = 30) des processus d'amélioration. Dans les hôpitaux aigus, 13 % (17 sur 129) ont suivi le plan dans son intégralité, dans les hôpitaux psychiatriques, 16 % (9 sur 56) et dans les hôpitaux Sp, 24 % (4 sur 17) (tableau 6).

3.4.2. Dans quelle mesure les étapes respectives du processus ont été atteintes

Les étapes atteintes pour tous les processus d'amélioration sont représentées dans le graphique 1. Il s'avère que pour 69 % des processus d'amélioration, une première définition avec des interventions clés (étape 4) a été formulée. Mais, pour ces processus, toutes les étapes précédentes n'ont pas forcément été suivies. Ainsi, une pré-mesure n'a été effectuée que pour 56 % des processus d'amélioration. Dans 60 % des cas, un ensemble d'indicateurs a été composé et, pour 69 % des processus d'amélioration, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés par le groupe de travail multidisciplinaire. Pour 65 % des processus d'amélioration, un médecin en est le propriétaire. Contrairement aux chiffres du paragraphe précédent, où il est question de 30 processus d'amélioration avec un plan suivi dans son intégralité, selon ces données, la phase de continuité est atteinte dans 29 processus d'amélioration (14 %).

Plus on avance dans le cycle d'amélioration, moins il y a d'hôpitaux qui réussissent à franchir entièrement l'étape suivante du plan. Dès lors, la plupart des hôpitaux ont signalé que les dix étapes ne peuvent être toutes parcourues dans un délai d'une année.

Figure 1: Pourcentage de chaque étape respective du processus d'amélioration atteinte (%)



3.5. Les indicateurs

3.5.1. Nombre de processus d'amélioration avec indicateurs

Pour 66 % des processus d'amélioration présentés, des indicateurs ont été formulés. Les hôpitaux psychiatriques ont proportionnellement présenté le plus grand nombre de processus d'amélioration avec indicateurs associés (82 %) (tableau 7).

Tableau 7: Nombre de processus d'amélioration avec indicateurs

	HA		HP		HSp		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nombre de processus d'amélioration présentés	129		56		17		202	
nombre de processus d'amélioration avec indicateurs	75	58 %	46	82 %	12	71 %	133	66 %

3.5.2. Nombre d'indicateurs formulés pour l'ensemble des hôpitaux

Pour 133 des 202 processus d'amélioration présentés, 840 indicateurs ont été formulés. 73 % concernent des indicateurs de processus de soins. 27 % traitent de processus de transfert intra-muros, principalement de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou d'un même site (tableaux 7 et 8).

Tableau 8: Nombre d'indicateurs formulés

	Nombre d'indicateurs		Nombre de processus avec indicateurs		Nombre de processus présentés	
	N	%	n	%	n	%
processus de soins	611	73 %	94	71 %	138	68 %
transfert intra-muros	229	27 %	39	29 %	64	32 %
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	200	24 %	32	24 %	51	25 %
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	29	3 %	7	5 %	13	7 %
total	840	100 %	133	100 %	202	100 %

Les hôpitaux formulent en moyenne 6,5 (611/94) indicateurs par processus de soins et 6 indicateurs par processus de transfert intra-muros (229/39).

Les indicateurs sont commentés ci-après, par type d'hôpital.

3.5.3. Indicateurs dans les hôpitaux aigus

Les hôpitaux aigus ont formulé des indicateurs pour 75 des 129 processus d'amélioration présentés. Au total, 532 indicateurs (sur un total de 840) ont été formulés. 78 % de ceux-ci concernaient des indicateurs pour des processus de soins (414 sur 532) et 22 % traitent de transfert intra-muros (118 sur 532) (tableau 9).

55 % des indicateurs associés à des processus de soins traitent soit de la prothèse totale de la hanche (20 %), soit de l'accouchement par voie vaginale (20 %), soit de la prothèse totale du genou (n = 15 %). Pour tous les autres processus de soins, le pourcentage par rapport aux indicateurs présentés est inférieur à 10 %. Le nombre moyen d'indicateurs élevé est frappant pour l'accouchement par voie vaginale (21), la prothèse totale du genou (15), l'infarctus aigu du myocarde (12), le carcinome colorectal (11) et la fracture de la hanche (10). Pour tous les autres processus de soins, la moyenne varie entre 2 et 8 indicateurs par processus.

Les indicateurs concernant les processus de transfert intra-muros concernent principalement des indicateurs de transfert à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (79 %).

Tableau 9: Indicateurs dans les hôpitaux aigus

	nombre d'indicateurs		Nombre moyen d'indicateurs par processus
	n	%	
prothèse totale de la hanche	83	20 %	8
accouchement par voie vaginale	83	20 %	21
prothèse totale du genou	61	15 %	15
AVC	34	8 %	7
fracture de la hanche	29	7 %	10
carcinome mammaire	24	6 %	3
IAM	24	6 %	12
carcinome colorectal	22	5 %	11
césarienne	22	5 %	7
diabète	13	3 %	3
hernie inguinale	4	1 %	4

	nombre d'indicateurs		Nombre moyen d'indicateurs par processus
	n	%	
carcinome prostatique	4	1 %	4
cholécystectomie par voie laparoscopique	2	0 %	2
insuffisance cardiaque congestive	0	0 %	0
CAP	2	0 %	2
carcinome vésical	0	0 %	0
carcinome pulmonaire	0	0 %	0
cholécystectomie par voie laparotomique	0	0 %	0
autre processus de soins	7	2 %	2
total: processus de soins	414	100 %	8
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	93	79 %	6
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	25	21 %	5
total: transfert intra-muros	118	100 %	6
total	532		4

3.5.4. Indicateurs dans les hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques ont formulé, au total, 212 indicateurs pour 46 des 56 processus d'amélioration présentés, avec en moyenne 5 indicateurs par processus d'amélioration. 61 % des indicateurs d'un processus de soins sont liés à une priorité stratégique, 36 % traitent de l'agression et 3 % ont trait à une pathologie qui représente un grand nombre d'admissions.

Les indicateurs de transfert intra-muros traitent presque uniquement de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (94 %) (tableau 10).

Tableau 10: Indicateurs dans les hôpitaux psychiatriques

	Nombre d'indicateurs		Nombre moyen d'indicateurs par processus
	n	%	
une priorité en matière de politique de gestion	86	61 %	4
l'agression	50	36 %	6
un grand nombre d'admissions	4	3 %	2

	Nombre d'indicateurs		Nombre moyen d'indicateurs par processus
	n	%	
total: processus de soins	140	100 %	5
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	68	94 %	5
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	4	6 %	2
total: transfert intra-muros	72	100 %	5
total	212		5

67 % des indicateurs reliés à des processus de priorités stratégiques traitent du syndrome métabolique (24 %), de la prévention des chutes (16 %), de l'isolement (14 %) et de la contention (13 %) (tableau 11).

Tableau 11: Indicateurs reliés à des processus de priorités stratégiques dans les hôpitaux psychiatriques

	Nombre d'indicateurs	
	n	%
syndrome métabolique	21	24 %
prévention des chutes	14	16 %
isolement	12	14 %
contention	11	13 %
diagnostic et traitement	5	6 %
médication	4	5 %
processus de sortie	4	5 %
récolte d'incidents	4	5 %
dossier patient électronique	3	3 %
communication au sujet des soins	3	3 %
planification de la sortie	2	2 %
malnutrition chez les personnes âgées	1	1 %
gestion de crise	1	1 %
problèmes de déglutition	1	1 %
total	86	100 %

Les indicateurs reliés à l'agression se rapportent au nombre d'incidents d'agression, à l'auto-agression, à l'agression envers les personnes et objets, les mesures d'isolement et la contention à la suite d'une agression.

Les indicateurs reliés à une pathologie qui représente un grand nombre d'admissions en 2007 ont trait à l'observation des situations de crise dans un département de désintoxication.

3.5.5. Indicateurs dans les hôpitaux Sp

Au total, les hôpitaux Sp ont formulé 96 indicateurs pour 12 des 17 processus d'amélioration présentés, avec en moyenne 8 indicateurs par processus d'amélioration. 65 % des indicateurs de processus de soins sont liés à une pathologie qui représente un grand nombre d'admissions. 35 % traitent d'autres processus de soins. Les indicateurs de transfert intra-muros ne s'appliquent qu'à ceux à l'intérieur d'un seul hôpital ou d'un même site (tableau 12).

Tableau 12: Indicateurs dans les hôpitaux Sp

	Nombre d'indicateurs		Nombre moyen d'indicateurs par processus
	n	%	
un grand nombre d'admissions	37	65 %	12
autres	20	35 %	3
total: processus de soins	57	100 %	6
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	39	100 %	13
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	0	0 %	0
total: transfert intra-muros	39	100 %	13
total	96		8

Les indicateurs en lien avec des pathologies qui représentent un grand nombre d'admissions en 2007 ont principalement trait à la prothèse totale du genou (76 %) et à l'AVC (11 %) (tableau 13).

Tableau 13: Indicateurs en lien avec des pathologies représentant un grand nombre d'admissions en 2007 dans les hôpitaux Sp

	Nombre d'indicateurs	
	n	%
prothèse totale du genou	28	76 %
AVC	4	11 %
prothèse totale de la hanche	3	8 %
polypathologie chronique	2	5 %
total	37	100 %

Les indicateurs pour les autres processus de soins traitent des conventions externes de transport pour patients souffrant de sclérose en plaques, de processus d'admission et de la médication.

Suite aux données recueillies concernant le plan en dix étapes pour les processus d'amélioration (paragraphe 3.4.2), nous notons que 60 % des hôpitaux signalent qu'un set d'indicateurs a été réalisé pour le processus d'amélioration. En analysant plus précisément les indicateurs présentés, nous constatons cependant que, souvent, l'aspect «mesurable» de ceux-ci est manquant (numérateur, dénominateur, chiffres cibles, etc.). On peut en déduire que les hôpitaux ne maîtrisent pas assez le concept d'«indicateur» et que, par conséquent, les processus et résultats ne sont probablement pas suffisamment suivis et améliorés.

Tous les indicateurs présentés (par projet d'amélioration et par type d'hôpital) sont disponibles sous format PDF sur le site web: www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/ rapport contrat 2008-2009).

3.6. Les interventions clés

Les interventions clés sont définies comme «les interventions principales du processus des soins qui ont un impact sur le temps de déroulement ou le résultat du processus». Il est recommandé de ne pas en définir plus de dix par processus.

3.6.1. Nombre de processus avec interventions clés

Pour 65 % des processus d'amélioration présentés, des interventions clés ont été formulées. Les hôpitaux psychiatriques ont proportionnellement présenté le plus grand nombre d'interventions clés (82 %) en lien avec les processus d'amélioration (tableau 14).

Tableau 14: Nombre de processus d'amélioration avec interventions clés

	HA		HP		HSp		total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
nombre de processus d'amélioration présentés	129		56		17		202	
nombre de processus d'amélioration avec interventions clés	77	60 %	46	82 %	9	53 %	132	65 %

3.6.2. Nombre d'interventions clés formulées

Pour 132 des 202 processus présentés, 890 interventions clés ont été formulées. 70 % de celles-ci concernent des processus de soins. 30 % traitent de transfert intra-muros, principalement de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (tableau 15). Les hôpitaux décrivent en moyenne 7 interventions clés (627/94) par processus d'amélioration.

Tableau 15: Nombre d'interventions clés formulées

Nombre d'interventions clés	Nombre de processus avec des interventions clés		Nombre de processus présentés	
	N	%	n	%
processus de soins	627	70 %	94	71 %
transfert intra-muros	263	30 %	38	29 %
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	221	25 %	31	23 %
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	42	5 %	7	6 %
total	890	100 %	132	100 %

Les interventions clés par type d'hôpital sont commentées ci-après.

3.6.3. Interventions clés dans les hôpitaux aigus

Les hôpitaux aigus ont formulé 510 interventions clés pour 77 des 129 processus d'amélioration présentés (tableaux 14 et 16). 73 % (373 sur 510) de celles-ci concernent des processus de soins et 27 % (137 sur 510) traitent du transfert intra-muros (tableau 16).

Tableau 16: Interventions clés dans les hôpitaux aigus

	Nombre d'interventions clés		Nombre moyen d'interventions clés par processus
	n	%	
prothèse totale de la hanche	87	23 %	8
diabète	36	10 %	9
carcinome mammaire	31	8 %	3
AVC	30	8 %	6
césarienne	29	8 %	10
accouchement par voie vaginale	30	8 %	8
IAM	26	7 %	9
fracture de la hanche	26	7 %	9
autre processus de soins	27	7 %	7
prothèse totale du genou	20	5 %	5
carcinome colorectal	14	4 %	7
cholécystectomie par voie laparoscopique	6	2 %	6
hernie inguinale	3	1 %	3
carcinome prostatique	5	1 %	5
CAP	3	1 %	3
insuffisance cardiaque congestive	0	0 %	0
carcinome vésical	0	0 %	0
carcinome pulmonaire	0	0 %	0
cholécystectomie par voie laparotomique	0	0 %	0
total: processus de soins	373	100 %	7
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	110	80 %	7
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	27	20 %	5
total: transfert intra-muros	137	100 %	7
total	510		7

33 % des interventions clés formulées pour les processus de soins traitent de la prothèse totale de la hanche (23 %) et du diabète (10 %). Pour tous les autres processus de soins présentés, le pourcentage d'interventions clés est inférieur à 10 %.

Le nombre moyen d'interventions clés par processus d'amélioration est de 7. Les interventions clés concernant les processus de transfert intra-muros traitent principalement de transferts intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (tableau 16).

3.6.4. Interventions clés dans les hôpitaux psychiatriques

Au total, les hôpitaux psychiatriques ont formulé 321 interventions clés pour 46 des 56 processus d'amélioration présentés, avec une moyenne de 7 interventions clés par processus d'amélioration (tableaux 14 et 17). 58 % des interventions clés pour les processus de soins sont liées à une priorité stratégique. 39 % traitent de l'agression et 2 % d'une pathologie représentant un grand nombre d'admissions.

Les interventions clés pour le transfert intra-muros traitent presque uniquement de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (tableau 17).

Tableau 17: Interventions clés dans les hôpitaux psychiatriques

	Nombre d'interventions clés		Nombre moyen d'interventions clés par processus
	n	%	
une priorité en matière de politique de gestion	124	58 %	6
l'agression	84	39 %	9
un grand nombre d'admissions	5	2 %	5
total: processus de soins	213	100 %	7
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	93	86 %	7
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	15	14 %	8
total: transfert intra-muros	108	100 %	7
total	321		7

37 % des interventions clés pour des processus représentant une priorité stratégique traitent de syndrome métabolique (19 %) et de la prévention des chutes (18 %) (tableau 18). Le pourcentage d'interventions clés pour tous les autres processus d'amélioration est inférieur à 10 %.

Tableau 18: Interventions clés pour des processus représentant une priorité stratégique dans les hôpitaux psychiatriques

	Nombre d'interventions clés	
	n	%
syndrome métabolique	24	19 %
prévention des chutes	22	18 %
médication	11	9 %
contention	9	7 %
problèmes de déglutition	9	7 %
processus de sortie	8	6 %
dossier patient électronique	6	5 %
gestion de crise	6	5 %
récolte d'incidents	6	5 %
isolement	6	5 %
malnutrition chez les personnes âgées	5	4 %
planification de post-mesure	5	4 %
communication au sujet des soins	4	3 %
diagnostic et traitement	3	2 %
total	124	100 %

Les interventions clés pour le thème de l'agression ont entre autres trait à la gestion de l'agression, le redéveloppement du processus de gestion de l'agression et la gestion du stress à la suite d'une agression.

Les interventions clés associées aux processus pour des pathologies qui représentent un grand nombre d'admissions en 2007 ont trait à l'observation de situations de crise dans un département de désintoxication.

3.6.5. Interventions clés dans les hôpitaux Sp

Au total, les hôpitaux Sp ont formulé 59 interventions clés pour 9 des 17 processus d'amélioration présentés, avec une moyenne de 7 interventions clés par processus d'amélioration (tableaux 14 et 19). 71 % des interventions clés pour un processus de soins sont liées à une pathologie représentant un grand nombre d'admissions. 29 % traitent d'autres processus de soins. Les interventions clés pour le transfert intra-muros n'ont trait qu'à ceux à l'intérieur d'un seul hôpital ou d'un même site (tableau 19).

Tableau 19: Interventions clés dans les hôpitaux Sp

	Nombre d'interventions clés		Nombre moyen d'interventions clés par processus
	n	%	
un grand nombre d'admissions	29	71 %	6
autres	12	29 %	6
total: processus de soins	41	100 %	6
transfert intra-muros dans l'hôpital ou sur le site même	18	100 %	9
transfert intra-muros entre différents sites d'une même institution	0	0 %	0
total: transfert intra-muros	18	100 %	9
total	59		7

Un peu plus de la moitié des interventions clés pour des pathologies qui représentent un grand nombre d'admissions en 2007 traitent de prothèse totale du genou (52 %). La prothèse totale de la hanche et l'AVC comptent le même pourcentage d'interventions clés (17 %). Pour les polypathologies chroniques, 4 interventions clés ont été formulées (14 %) (tableau 20).

Tableau 20: Interventions clés pour les pathologies représentant un grand nombre d'admissions en 2007 dans les hôpitaux Sp

	Nombre d'interventions clés	
	n	%
prothèse totale du genou	15	52 %
prothèse totale de la hanche	5	17 %
AVC	5	17 %
polypathologie chronique	4	14 %
total	29	100 %

Les interventions clés pour les autres processus de soins traitent des conventions externes de transport pour patients souffrant de sclérose en plaques et de processus d'admission.

En regardant plus en détail les interventions clés présentées, il s'avère clairement que les caractéristiques de celles-ci, comme définies ci-avant, n'entrent pas suffisamment en ligne de compte.

Toutes les interventions clés présentées (par processus d'amélioration et par type d'hôpital) sont disponibles sous format PDF sur le site web: www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/ rapport contrat 2008-2009).

4. DISCUSSION

L'analyse des processus d'amélioration sélectionnés, la constitution de l'équipe multidisciplinaire, les conventions entre services, le plan en dix étapes, et les indicateurs et interventions clés formulés permettent de présenter les sept conclusions et réflexions suivantes.

1. Un processus sélectionné sur trois traite de **transfert intra-muros**, et plus fréquemment de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (8 sur 10). Le fait que les hôpitaux peuvent également présenter un processus d'amélioration sur le transfert dans le premier pilier pourrait expliquer en partie le grand nombre de processus de transfert intra-muros choisis.
2. Pour trois processus d'amélioration présentés sur quatre, une **équipe multidisciplinaire** a été constituée. Des données reçues, il n'est pas possible de déduire si les directions et les gestionnaires de soins sont impliqués dans celles-ci. Leur implication est importante, entre autres, pour créer une base suffisante permettant leur implémentation.
3. Pour 22 % des processus d'amélioration, des **conventions entre services** ont été convenues. Les hôpitaux ne sont contractuellement pas obligés d'en faire. Cependant, les conventions entre services peuvent contribuer à une augmentation de la qualité des services internes et, par conséquent, à la qualité des soins.
4. Seulement une minorité des hôpitaux (15 %) ont réussi à compléter en une année le **plan en dix étapes** basé sur le cycle PDCA, phase de continuité comprise. Les hôpitaux signalent qu'un délai d'une année est trop court pour parcourir le cycle complet, surtout s'il s'agit de processus d'une grande ampleur. Les hôpitaux Sp réussissent un peu plus souvent à parcourir les dix étapes (24 %). Une explication possible pourrait être que les

hôpitaux Sp sont le plus souvent des institutions de petite dimension où les processus ont une ampleur réduite et où les collaborateurs peuvent se concerter plus facilement.

5. Il est logique que plus on avance dans les phases du plan d'amélioration, moins les processus d'amélioration atteignent l'étape suivante. En revanche, on constate que les pré-mesures ne sont pas toujours effectuées (étape 3) avant de passer à la première définition du processus avec interventions clés (étape 4).
6. Les hôpitaux formulent en moyenne **6,5 indicateurs** par processus de soins et 6 indicateurs par processus de transfert intra-muros. La conclusion du pilier 1, à savoir que les hôpitaux formulent peu d'indicateurs mesurables, vaut également pour le pilier 2. Le manque d'aspect «chiffré» empêche de suivre leurs évolutions dans le temps, de définir des objectifs chiffrés, de se comparer avec d'autres unités ou institutions et d'apporter des améliorations.
7. Les hôpitaux décrivent en moyenne **7 interventions clés** par processus d'amélioration. En analysant la définition des interventions clés, on peut déduire que les hôpitaux ne sont pas familiarisés avec cette notion. Ainsi, il y a par exemple plusieurs hôpitaux pour lesquels les indicateurs et interventions clés sont identiques, alors qu'il s'agit de deux éléments différents. Les indicateurs de processus nous renseignent de manière quantitative sur le déroulement des processus. Les interventions clés peuvent contribuer à l'implémentation d'actions d'amélioration et/ou de directives.



CHAPITRE 3.

PILIER 3: INDICATEURS

Conclusions Clés

- La majorité des hôpitaux ont fourni une **liste des indicateurs** utilisés dans l'hôpital pour **piloter la politique qualité et sécurité des patients**.
- Les **sources utilisées** par les trois types d'hôpitaux (aigus, psychiatriques et Sp) **sont très différentes**. Et cette variation se retrouve également indépendamment du type d'hôpital.
- Les trois **sources** les plus importantes sur la base desquelles les **hôpitaux aigus** sélectionnent des indicateurs pour le pilotage de la politique qualité et sécurité des patients sont les indicateurs des **deux rapports de feed-back des autorités fédérales** (FMH et PSI) et ceux de **l'Institut scientifique de Santé Publique**.
- **36 %** des hôpitaux aigus utilisent des **sources internationales** pour la sélection des indicateurs.
- Les trois **sources** les plus importantes sur la base desquelles les **hôpitaux psychiatriques** sélectionnent les indicateurs pour le pilotage de la politique qualité et sécurité des patients sont **leurs propres ensembles d'indicateurs spécifiques, le set d'indicateurs de la Communauté flamande et Navigator**.
- **4 %** des hôpitaux psychiatriques utilisent des **sources internationales** pour la sélection d'indicateurs.
- Les trois **sources** les plus importantes sur la base desquelles les **hôpitaux Sp** sélectionnent les indicateurs pour le pilotage de la politique qualité et sécurité des patients sont celles de **l'Institut scientifique de Santé Publique, du set d'indicateurs de la Communauté flamande et des ensembles d'indicateurs qu'ils ont développés eux-mêmes**.

- 5 % des hôpitaux Sp utilisent des **sources internationales** pour la sélection d'indicateurs.
- Au total, les hôpitaux ont **listé 3.944 indicateurs différents**: 2.235 indicateurs pour les hôpitaux aigus, 1.290 pour les hôpitaux psychiatriques et 419 pour les hôpitaux Sp.
- Le **nombre moyen d'indicateurs par hôpital est de 95** (médiane: 91).
- Le nombre total d'indicateurs différents dans la rubrique «**autres**» (= indicateurs introduits par les hôpitaux eux-mêmes) est de **3.025 (77 %)** par rapport aux 919 indicateurs (23 %) qui ont été sélectionnés dans la liste fournie dans l'instrument de rapportage.
- En moyenne, les hôpitaux aigus utilisent le plus grand nombre d'indicateurs (106), suivis par les hôpitaux psychiatriques (82) et les hôpitaux Sp (68).
- Les hôpitaux présentent une **variabilité importante en termes de nombre et de choix** d'indicateurs utilisés.
- **Après pondération**, il apparaît que les indicateurs de la **dimension «performance économique, financière et IT» sont les plus fréquents**. Ils sont suivis par les indicateurs des dimensions «personnel et orientation équipe», «sécurité des patients et orientation patient» et «performance clinique».
- Une **part substantielle des indicateurs n'est pas conforme à la définition d'un «vrai» indicateur (numérateur/dénominateur et chiffre cible)**.
- Lors de l'analyse des **tops 5 des indicateurs des hôpitaux aigus** et pour toutes les dimensions, il s'avère que **65 % des indicateurs sont des indicateurs de résultat. Seulement 15 % sont des indicateurs de processus et 20 % sont des indicateurs de structure**.
- Lors de l'analyse des **tops 5 des indicateurs des hôpitaux psychiatriques** et pour toutes les dimensions, il s'avère que **65 % des indicateurs sont des indicateurs de résultat. Seulement 20 % sont des indicateurs de processus et 15 % sont des indicateurs de structure**.

- Lors de l'analyse des **tops 5 des indicateurs des hôpitaux Sp** et pour toutes les dimensions, il s'avère que **50 % des indicateurs sont des indicateurs de résultat. Seulement 25 % sont des indicateurs de processus et 25 % sont des indicateurs de structure.**
- La variabilité en nombre et choix des indicateurs utilisés reflète **une vision différente des hôpitaux envers les notions de qualité et de sécurité des patients.**
- **Définir le nombre et le type des indicateurs qui sont nécessaires pour piloter la qualité et la sécurité des patients dans les hôpitaux n'est pas évident.**

1. INTRODUCTION

L'objectif de ce troisième pilier du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients» est de faire un état des lieux des indicateurs dont les hôpitaux se servent en 2009 pour piloter la qualité et la sécurité des patients. Cet objectif est détaillé plus loin.

Une cartographie nationale des indicateurs utilisés par les hôpitaux généraux, psychiatriques et Sp manque actuellement. Cette constatation est surprenante à la lumière des différentes initiatives internationales (OCDE, OMS, EUNetPaS, PATH) qui s'orientent entre autres vers le développement de benchmarkings d'indicateurs. En outre, la première année de contrat «Coordination qualité et sécurité des patients» (2007-2008) nous a appris que seulement 26 % des hôpitaux belges intègrent des indicateurs dans leurs objectifs opérationnels.

Les résultats présentés dans ce chapitre seront mis en relation avec deux orientations futures importantes. Une *première* orientation est que le SPF SPSCAE (par analogie avec le Feed-back Multidimensionnel pour les Hôpitaux) veut offrir une meilleure compréhension des indicateurs que les hôpitaux utilisent aujourd'hui, et en particulier en ce qui concerne les aspects «multidimensionnalité» et «répartition équilibrée des indicateurs dans différentes dimensions». Les dimensions que l'autorité fédérale considère actuellement comme importantes pour piloter la qualité et sécurité des patients sont: (A) performance clinique, (B) sécurité des patients et orientation patient, (C) performance économique, financière et IT, et (D) personnel et orientation équipe. L'autorité pense que les hôpitaux doivent acquérir une compréhension de plus en plus approfondie, d'une part, de la mission, de la vision et de la stratégie de l'hôpital et, d'autre part, des résultats des soins. Il est également important que les hôpitaux compren-

nent mieux les concordances entre les résultats des différents indicateurs. Une *seconde* orientation pour laquelle une cartographie hospitalière est importante est que l'autorité veut développer un set national d'indicateurs concernant la performance hospitalière (domaines cliniques et non cliniques). Cet ensemble d'indicateurs national pourrait être utilisé par l'autorité fédérale comme une justification publique des moyens disponibles et pourrait être à la base d'une future politique d'incitants (*Pay for Quality*) se basant sur des indicateurs provenant de bases de données administratives, comme dans d'autres pays.

2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

2.1. Définition de la qualité et la sécurité des patients

L'autorité a consciemment opté pour une définition large de la notion de qualité, dont la sécurité des patients est vue comme une partie distincte. La littérature internationale n'offre pas de définition cohérente sur ce qu'il faut comprendre par qualité et sécurité des patients à l'hôpital. Le SPF SPSCAE a choisi d'utiliser la définition de la qualité de l'Institute of Medicine (IOM)¹²: «*the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge*». Les aspects principaux ou dimensions de la qualité avancés par l'IOM sont entre autres l'efficacité, l'efficacités, la sécurité, la temporalité, l'équité, l'accessibilité et les soins centrés sur le patient.

Pour ce pilier, le SPF SPSCAE a ensuite adopté un système de classification qu'il a lui-même développé pour répartir les indicateurs¹³. Les dimensions de ce système de classification sont: (A) performance clinique, (B) sécurité des patients et orientation patient, (C) performance économique, financière et IT, et (D) personnel et orientation équipe. Ces dimensions ne sont pas mutuellement exclusives, mais les indicateurs ont été classés dans les dimensions les plus appropriées.

2.2. Définition des indicateurs

Les indicateurs sont définis dans la littérature comme des indicateurs de performance, indicateurs de qualité, indicateurs de résultat, etc. Bouckaert (1999) décrit un indicateur de performance comme «une indication de la quantité et de la qualité de la performance ou des résultats qui sont souhaités (*ex ante*) ou qui sont réalisées

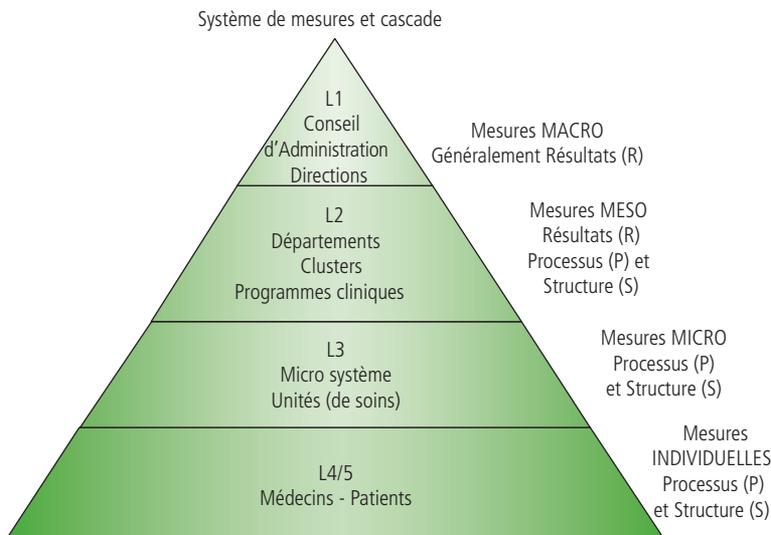
18 K.N. Lohr, ed., *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, Washington, DC, National academy Press, 1990.

19 Ces dimensions ne sont pas identiques aux dimensions utilisées dans le cadre du Feed-back Multidimensionnel pour les hôpitaux, 2008.

(*ex post*) et qui sont quantifiables»¹⁴. Un indicateur de soins est donc une donnée mesurable des soins apportant une indication sur la qualité des soins¹⁵. Une distinction peut être faite entre les indicateurs de structure, de processus et de résultat.

- **Les indicateurs de structure** donnent de l'information sur les conditions organisationnelles dans lesquelles une institution peut fournir des soins adéquats. Ils traitent de l'organisation de l'hôpital et des départements, de la stratégie, de l'encadrement en personnel et des ressources financières.
- **Les indicateurs de processus** donnent une indication sur le déroulement des processus dans l'organisation, par exemples les temps d'attente et la durée d'alitement après une certaine intervention chirurgicale.
- **Les indicateurs de résultat** donnent une indication sur le résultat des soins, par exemple la mesure de la satisfaction des patients ou le pourcentage de patients avec une complication après une certaine opération.

Selon les différents niveaux d'une organisation, différents types d'indicateurs sont utilisés. Les niveaux et leurs types respectifs sont présentés synthétiquement dans la figure ci-dessous «un système de mesures en cascade»¹⁶.



20 G. Bouckaert, T. Auwers, «Prestaties meten in de overheid», *Overheidsmanagement* nr. 5, Brugge, Die Keure, 1999c.

21 P.J.A. Colsen, A.F. Casparie, «Indicatorregistratie: een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis», *Medisch Contact*, 1995, 50: 297-299.

22 Institute for Healthcare Improvement.

Travailler avec des indicateurs exige la présence d'une «vision» ou d'un «plan stratégique» clair dans l'organisation, et de préférence dans une version écrite. Les indicateurs découlent en effet de la vision et des objectifs stratégiques. La stratégie doit être «traduite» jusque dans les détails de l'organisation. Les objectifs et résultats ne seront pertinents que s'il y a une cohérence et une complémentarité entre les différents niveaux d'activités (interne/externe, verticale, complémentaire). Il est également important que les indicateurs soient adaptés à leur niveau décisionnel (les valeurs deviennent dès lors utilisables) et qu'ils soient valides, fiables et pertinents. Un indicateur de performance est *valide* s'il apporte effectivement une image de la réalité qu'il est supposé mesurer (est-ce que je mesure ce que je crois mesurer?). Un indicateur est *fiable* si la mesure a été précise et objective (puis-je apprendre ce que je crois savoir maintenant?). Un indicateur de performance est *pertinent* s'il donne une réponse à un problème de management et est disponible à temps (est-ce que cela me rapporte quelque chose maintenant?). Les indicateurs utilisés par les hôpitaux ne sont actuellement pas tous valides et fiables¹⁷. Ces critères sont d'une façon ou d'une autre considérés comme importants lors du développement d'un ensemble d'indicateurs.

2.3. Méthode de collecte des données

Afin de permettre aux hôpitaux de générer facilement un set d'indicateurs concernant la qualité et la sécurité des patients, une liste détaillée des *indicateurs individuels* leur a été transmise, en utilisant les rubriques du système d'indicateurs de Navigator¹⁸. La liste d'indicateurs individuels fournie est le résultat d'une revue non systématique de la littérature scientifique et grise¹⁹. Le but était de lister un maximum d'indicateurs pertinents, sans néanmoins pouvoir aspirer à une revue exhaustive. Un aperçu de ces rubriques est disponible sur www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/rapport contrat 2008-2009). Les hôpitaux ont également eu la possibilité d'ajouter des indicateurs supplémentaires par rubrique via une section particulière «autres».

On a également demandé d'indiquer les *sources* sur la base desquelles les indicateurs sont sélectionnés ou développés. Dans ce but, on a présenté aux

23 H.C.J. Vrolijk, G. Cotteleer, K.J. Kramer, T.C. van Leeuwen et H.H. Luesink, *Performance-indicatoren*, Den Haag, LEI, 2003 Rapport 8.03.01; ISBN 90-5242-798-4.

24 Le set d'indicateurs de Navigator© hôpitaux aigus et psychiatriques.

25 Les références sont disponibles sur [www.patient-safety.be/contrat coordination qualité et sécurité des patients / rapport 2008-2009](http://www.patient-safety.be/contrat%20coordination%20qualit%C3%A9%20et%20s%C3%A9curit%C3%A9%20des%20patients%20rapport%202008-2009).

hôpitaux une liste écrite de sources potentielles, laissant toujours la possibilité d'ajouter d'«autres» sources non reprises dans celle-ci. Les ensembles d'indicateurs propres aux hôpitaux sont également pris en considération comme source possible d'indicateurs.

2.4. Méthode de traitement des données

Les listes d'indicateurs et de sources renvoyées par les différents types d'hôpitaux ont été traitées sous Excel. Pour les différents types d'hôpitaux, les indicateurs ont été répartis en quatre dimensions distinctes: (A) performance clinique, (B) sécurité des patients et orientation patient, (C) performance économique, financière et IT, et (D) personnel et orientation équipe. Le classement des indicateurs a été réalisé par les collaborateurs du SPF. Étant donné que des définitions univoques des différentes dimensions ne pouvaient pas être données, il est possible qu'un indicateur classé sous la dimension «performance clinique» puisse également être classé sous la dimension «sécurité des patients et orientation patient». Lorsque le classement d'un indicateur était sujet à discussion, dans la mesure du possible, il a été fait appel à un expert.

À la suite de l'analyse du nombre d'indicateurs différents par dimension, une pondération a dû être appliquée (décrite dans l'annexe 1). En effet, la présentation du nombre des indicateurs fournis par dimension aurait donné une image déformée vu que le nombre d'indicateurs listés par dimension varie (dimension «performance clinique»: 168 indicateurs listés, dimension «sécurité des patients et orientation patient»: 162 indicateurs listés, dimensions «performance économique, financière et IT»: 21 indicateurs listés, et 20 indicateurs listés dans la dimension «personnel et orientation équipe»). Les indicateurs des tops 5 ont ensuite été classés en structure, processus et résultat. Finalement, les indicateurs non utilisés de la liste fournie ont également été examinés.

3. RÉSULTATS

3.1. Taux de réponse

Au total, 183 hôpitaux (108 aigus, 56 psychiatriques et 19 Sp) sur 185 hôpitaux participants ont complété le document de rapportage en mentionnant les sources et indicateurs utilisés dans leur hôpital. Deux hôpitaux n'ont pas répondu (un hôpital psychiatrique et un hôpital aigu).

3.2. Nombre total de sources employées

Tous les hôpitaux ont, au total, consulté 65 sources différentes sur la base desquelles les indicateurs ont été sélectionnés ou développés. Ces sources sont très diverses et comprennent aussi bien des sources nationales et internationales connues, que des ensembles d'indicateurs propres aux hôpitaux. Étant donné qu'il y a des différences notables entre les trois types d'hôpitaux, une analyse distincte a été réalisée.

3.2.1. Sources utilisées par les hôpitaux aigus (n = 108)

Les 108 hôpitaux ont désigné au total 38 sources sur la base desquelles des indicateurs ont été sélectionnés ou développés de façon interne à l'hôpital. Il était possible de cocher plusieurs sources. Le nombre moyen de sources désignées par les hôpitaux aigus est de 5,7. La moitié des hôpitaux (50 %) consulte trois à six sources (figure 1). Étant donné que les hôpitaux pouvaient en cocher plusieurs, il est difficile de savoir si les ensembles complets d'indicateurs de ces sources ont été utilisés ou seulement quelques indicateurs spécifiques. Cette analyse n'a pas été effectuée.

Les sources les plus fréquemment consultées (tableau 1) sont celles de l'autorité fédérale (Feed-back Multidimensionnel pour les Hôpitaux et Feed-back des Patient Safety Indicators) et de l'Institut scientifique de Santé Publique, avec respectivement 78 %, 72 % et 76 % des hôpitaux aigus les ayant sélectionnées. Il est également à noter que 40 % des hôpitaux indiquent avoir développé un ensemble d'indicateurs propres à l'hôpital comme source pour le pilotage de la politique qualité et sécurité des patients. Il n'est pas possible de déduire des données la provenance des ensembles d'indicateurs propres aux hôpitaux. En interrogeant les hôpitaux sur ce thème²⁰, il s'avère que ces ensembles d'indicateurs sont le plus souvent le résultat d'une analyse de la littérature faite par l'hôpital même et/ou d'un choix fait à l'intérieur de l'hôpital selon les priorités et les exigences. Il est étonnant de remarquer que les ensembles d'indicateurs pour certains groupes de professions et certaines spécialités médicales ne soient utilisés comme source que par respectivement un quart et un cinquième des hôpitaux. Des ensembles d'indicateurs internationaux comme, par exemple, ceux de l'OMS, NHS, OECD et PATH sont utilisés par un tiers (37 hôpitaux) des hôpitaux aigus (sans tenir compte de la rubrique «autres»). Il s'avère que peu d'hôpitaux mentionnent les indicateurs de la dernière génération, à savoir les PROM («Patient Reported Outcome Measures»). Par

26 Réunion d'experts sur l'utilisation d'indicateurs avec les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp (2009).

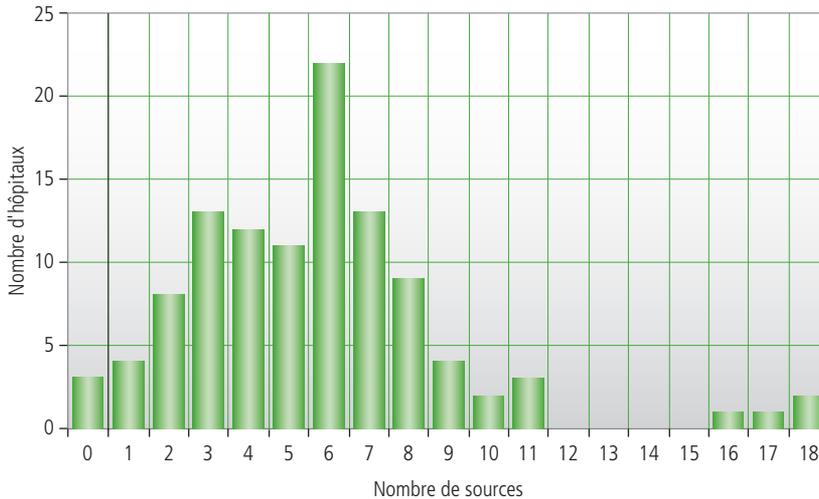
exemple, les plaintes des patients ne sont presque jamais (2 %) considérées comme source pour le développement d'indicateurs et le résultat d'une enquête générale de satisfaction des patients n'a été mentionné que par un seul hôpital aigu.

Tableau 1: Sources d'indicateurs désignées par les hôpitaux aigus (n=108)

Sources	Nombre d'hôpitaux	%
Feed-back Multidimensionnel pour les Hôpitaux (FMH) élaboré par l'autorité fédérale	84	78 %
Indicateurs de l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) concernant les infections nosocomiales	82	76 %
Feed-back des PSI (Patient Safety Indicators) élaboré par l'autorité fédérale	78	72 %
Centre d'Étude d'Épidémiologie Périnatale	53	49 %
Navigator (CZV-KUL)	52	48 %
Système d'enregistrement IPQED (diabète)	44	41 %
Set d'indicateurs développé dans l'hôpital	43	40 %
Indicateurs de performance clinique pour la gestion de la qualité des hôpitaux aigus flamands	33	31 %
Set d'indicateurs spécifiques pour certaines catégories professionnelles (par exemple: des indicateurs infirmiers)	30	28 %
Set d'indicateurs spécifiques à une spécialité médicale définie (par exemple: cardiologie, stomatologie, dermatologie, chirurgie plastique, rhumatologie, anesthésie, psychiatrie, néphrologie)	23	21 %
Indicateurs élaborés par le «Vlaams Ziekenhuisnetwerk» (réseau hospitalier flamand)	12	11 %
Indicateurs sélectionnés à l'étranger:	37	36 %
NHS	2	2 %
PATH	10	9 %
JCAHO	4	4 %
AHRQ	4	4 %
QIP	1	1 %
OCDE	1	1 %
Helics	4	4 %

Sources	Nombre d'hôpitaux	%
SlmPatE	2	2 %
OMS	6	6 %
Danish National Indicator Project	3	3 %
Autres:	44	41 %
Benchmark 3M	5	5 %
Chutes	3	3 %
Notification d'incidents	3	3 %
Accréditation	2	2 %
Indicateurs en lien avec l'agression	2	2 %
Anatomo-pathologie	2	2 %
Eusoma, Cancer du sein	2	2 %
ISO 9001 clinique de la fertilité	2	2 %
ISO 15189 laboratoire clinique	2	2 %
Réseau Itinéraires Cliniques	2	2 %
RHM/RIM	2	2 %
Plaintes des patients	2	2 %
SAPS II (Simplified Acute Physiology Score)	2	2 %
Score de performance du Bureau d'études Stevens	1	1 %
Enquête générale de satisfaction des patients	1	1 %
Benchmarking entre hôpitaux sur les données des ressources humaines	1	1 %
Escarre	1	1 %
ESAC (European Surveillance of Antibiotics Consumption)	1	1 %
Audit interne	1	1 %
Set d'indicateurs de biologie clinique	1	1 %
Malnutrition	1	1 %
Système Omnipro	1	1 %
Enregistrements SMUR du SPF Santé publique	1	1 %
Paramètres des urgences	1	1 %
Enregistrements PIT	1	1 %
PROM (Picker Institute, UK)	1	1 %

Figure 1: Nombre de sources citées par les hôpitaux aigus (n=108)



3.2.2. Sources utilisées par les hôpitaux psychiatriques (n=56)

Au total, les 56 hôpitaux psychiatriques ont désigné 19 sources sur la base desquelles des indicateurs ont été sélectionnés ou développés. Il était possible de sélectionner plusieurs sources. Le nombre moyen de sources utilisées par les hôpitaux psychiatriques est deux. 37 des 56 hôpitaux ont mentionné une ou deux sources pour la sélection des indicateurs.

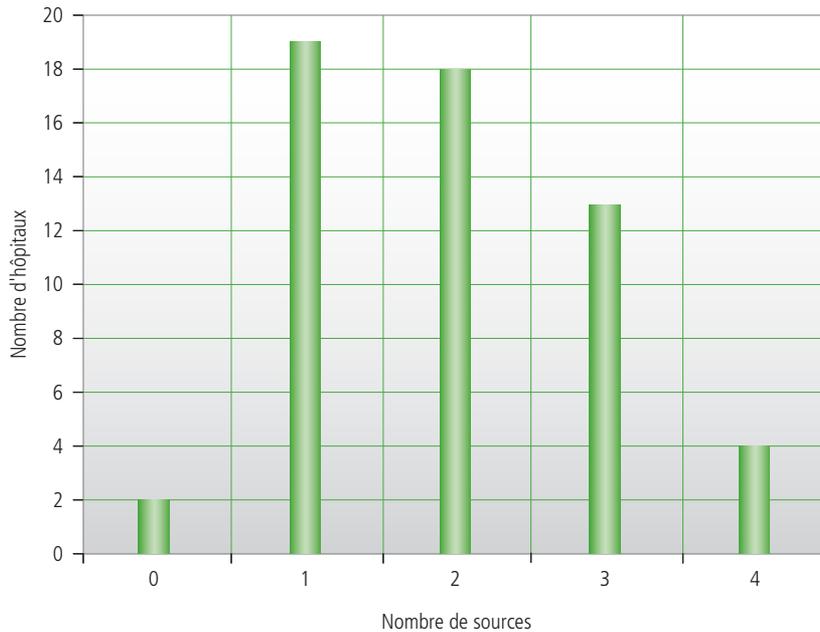
La source principale est l'ensemble d'indicateurs propre à l'hôpital (71 % des hôpitaux). Le set d'indicateurs de la Communauté flamande est utilisé par 41 % des hôpitaux psychiatriques, et Navigator l'est par 25 % des hôpitaux.

Les données d'enquêtes de satisfaction ne sont utilisées que par 9 % des hôpitaux. Il est frappant qu'il soit fait mention d'ensembles d'indicateurs qui sont le résultat d'accords de collaboration entre hôpitaux, mais qui ne sont cités que par deux hôpitaux. 4 % des hôpitaux psychiatriques utilisent des sources internationales pour la sélection des indicateurs (sans tenir compte de la rubrique «autres»).

Tableau 2: Sources d'indicateurs citées par les hôpitaux psychiatriques (n=56)

Sources	Nombre d'hôpitaux	%
Set d'indicateurs développé dans l'hôpital	40	71 %
Indicateurs de performance clinique pour la gestion de la qualité des Hôpitaux Psychiatriques Flamands	23	41 %
Navigator (CZV-KUL)	14	25 %
Set d'indicateurs spécifiques pour certaines catégories professionnelles (par exemple: des indicateurs infirmiers)	2	4 %
Set d'indicateurs ou indicateurs sélectionnés à l'étranger	1	2 %
Basisset prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslaving (Pays-Bas)	1	2 %
Autres:	26	46 %
RPM	6	11 %
Données des enquêtes de satisfaction des patients et du personnel (par exemple: Delta)	5	9 %
Set d'indicateurs développé au sein de l'institution Broeders Van Liefde	3	5 %
Logiciel QPR	2	4 %
The Maudsley Prescribing Guidelines, 9th edition	1	2 %
Études spécifiques	1	2 %
ATO (Bruges)	1	2 %
Benchmark entre des hôpitaux psychiatriques	1	2 %
Balanced ScoreCard	1	2 %
Kwadrant	1	2 %
Set d'indicateurs développé en collaboration avec le groupe de benchmarking des hôpitaux psychiatriques de Flandre Orientale	1	2 %
Staff Observation Agression Scale	1	2 %
Analyse SWOT	1	2 %

Figure 2: Nombre de sources citées par les hôpitaux psychiatriques (n=56)



3.2.3. Sources utilisées par les hôpitaux Sp (n=19)

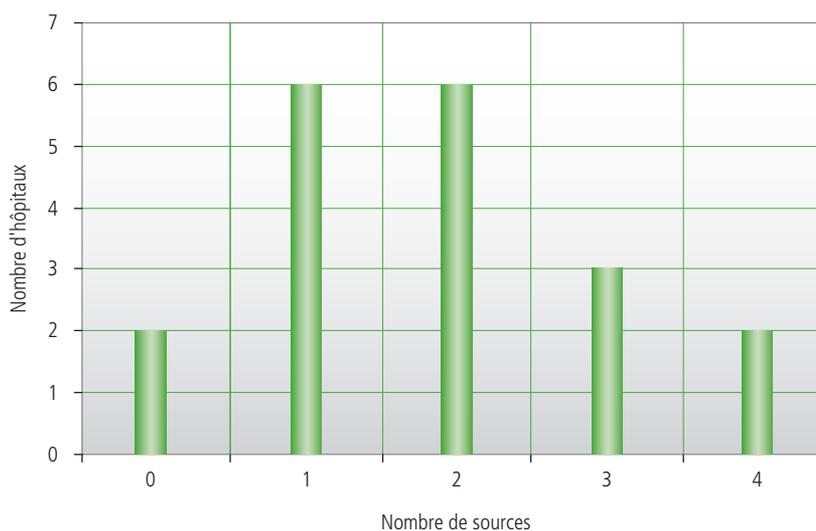
Les 19 hôpitaux Sp ont désigné au total huit sources sur la base desquelles des indicateurs ont été sélectionnés ou développés. Le nombre moyen de sources est de 1,8. Notons que 12 des 19 hôpitaux n'ont désigné qu'une ou deux sources.

Les hôpitaux Sp utilisent le plus fréquemment l'ensemble d'indicateurs de l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) concernant les infections nosocomiales (47 %). Les ensembles d'indicateurs propres aux hôpitaux ont été désignés comme deuxième source pour les indicateurs utilisés (42 %), suivis par l'ensemble d'indicateurs de la Communauté flamande (37 %) et les ensembles d'indicateurs pour les groupes de professions spécifiques (37 %). Les sources internationales ne sont utilisées que par un hôpital (5 %) et seulement dans la rubrique «autres».

Tableau 3: Sources d'indicateurs désignées par les hôpitaux Sp (n=19)

Sources	Nombre d'hôpitaux	%
Indicateurs de l'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) concernant les infections nosocomiales	9	47 %
Set d'indicateurs développé dans l'hôpital	8	42 %
Indicateurs de performance clinique pour la gestion de la qualité des Hôpitaux Sp Flamands	7	37 %
Set d'indicateurs spécifiques pour certaines catégories professionnelles (par exemple: des indicateurs infirmiers)	7	37 %
Set d'indicateurs spécifiques à une spécialité médicale définie	1	5 %
Autres:	3	16 %
The Center for Case-management CFCM (critical indicators from evidence based practice)	1	5 %
FONA	1	5 %
Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg (CBO, Pays-Bas)	1	5 %

Figure 3: Nombre de sources citées par les hôpitaux Sp (n=19)



3.2.4. Sources spécifiques

Lors d'une analyse des sources spécifiques telles que les indicateurs de la Communauté flamande (tableau 4), nous notons que plus de la moitié des hôpitaux aigus en Flandre ont désigné cet ensemble d'indicateurs comme source. Ce nombre est un peu plus élevé dans les hôpitaux psychiatriques et Sp. À Bruxelles, un hôpital psychiatrique en fait également mention.

Les indicateurs tels que repris dans l'ensemble d'indicateurs Navigator développé par le Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap de la KUL (tableau 5) sont mentionnés par 33 hôpitaux aigus en Flandre et 17 hôpitaux aigus en Wallonie. À Bruxelles, deux hôpitaux mentionnent cet ensemble d'indicateurs comme source. Pour les hôpitaux psychiatriques, l'ensemble d'indicateurs Navigator a été mentionné comme source par huit hôpitaux en Flandre, trois en Wallonie et trois à Bruxelles ont mentionné.

Tableau 4: Ensemble d'indicateurs de la Communauté flamande: nombre d'hôpitaux qui l'utilisent

	Flandre	Bruxelles
HA	33	0
HP	22	1
HSp	7	0

Tableau 5: Ensemble d'indicateurs de Navigator: emploi dans les hôpitaux flamands et francophones

	Flandre	Wallonie	Bruxelles
HA	33	17	2
HP	8	3	3

3.3. Nombre total d'indicateurs

Tous types d'hôpitaux confondus (aigus, psychiatriques et Sp), 3.944 indicateurs différents ont été listés. Le nombre moyen d'indicateurs par hôpital est de 95 (médiane: 91). Le nombre total d'indicateurs différents «autres» (= indicateurs introduits par les hôpitaux eux-mêmes) est de 3.025 (77 %) par rapport à 919 indicateurs (23 %) qui ont été sélectionnés dans l'instrument de rapportage du SPF. Ceci constitue un ratio de 3/1 et montre, une fois en-

core, la grande variabilité des indicateurs utilisés. Dans le tableau 6, le nombre d'indicateurs est présenté par sous-catégories. Sur 183 hôpitaux, neuf ont sélectionné moins de 25 indicateurs, et huit en ont choisi plus de 200. Dans l'ensemble, les hôpitaux ont tous désigné un ou des indicateurs.

Tableau 6: Distribution du nombre d'hôpitaux en fonction du nombre d'indicateurs répartis par sous-catégorie pour tous les trois types d'hôpitaux confondus

Nombre d'indicateurs	Nombre d'hôpitaux
1-25	9
26-50	30
51-75	35
76-100	37
101-125	29
126-150	21
151-175	6
176-200	8
201-225	6
226-250	0
251-275	0
276-300	1
301-325	0
326-350	0
351-375	1

3.3.1. Indicateurs dans les hôpitaux aigus

Les 108 hôpitaux aigus ont listé, au total, 2.235 indicateurs différents, dont 1 894 introduits par les hôpitaux eux-mêmes et 341 sélectionnés dans la liste proposée par le SPF SPSCAE (figure 4). Le nombre moyen d'indicateurs par hôpital est de 106 (médiane: 99). Dans le tableau 7, la répartition du nombre d'indicateurs est présentée pour les hôpitaux aigus. Des 108 hôpitaux, trois ont sélectionné moins de 25 indicateurs et cinq en ont choisi plus de 200. Tous les hôpitaux ont désigné au moins un indicateur.

Figure 4: Répartition du nombre d'indicateurs différents pour les hôpitaux aigus

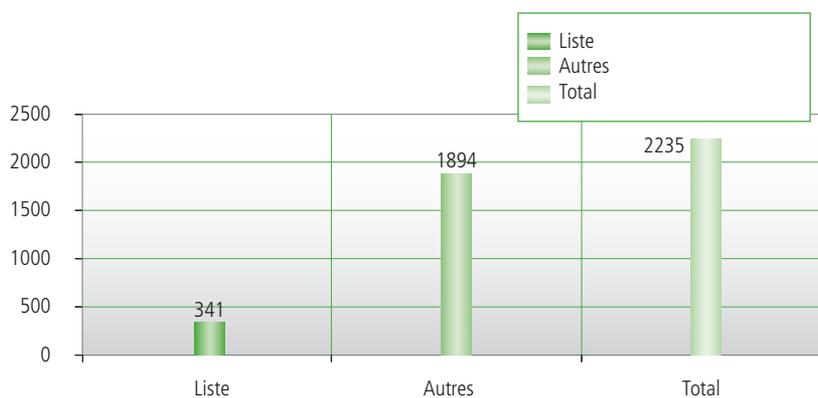


Tableau 7: Distribution du nombre d'hôpitaux aigus en fonction du nombre d'indicateurs répartis par sous-catégorie (n=108)

Nombre d'indicateurs	Nombre d'hôpitaux aigus
1-25	3
26-50	9
51-75	19
76-100	23
101-125	23
126-150	14
151-175	4
176-200	8
201-225	4
226-250	0
251-275	0
276-300	1

3.3.2. Indicateurs dans les hôpitaux psychiatriques

Ensemble, les 56 hôpitaux psychiatriques ont désigné 1.290 indicateurs différents, dont 856 introduits par les hôpitaux eux-mêmes et 434 sélectionnés dans l'instrument de rapportage du SPF SPSCAE (figure 5). Le nombre moyen d'indicateurs par hôpital est de 82 (médiane: 65). Dans le tableau 8, la répartition du nombre d'indicateurs est présentée pour les hôpitaux psychiatriques. Des 56 hôpitaux, 5 ont sélectionné moins de 25 indicateurs et 3 en ont choisi plus de 200. Tous les hôpitaux ont désigné au moins un indicateur.

Figure 5: Répartition du nombre d'indicateurs différents pour les hôpitaux psychiatriques

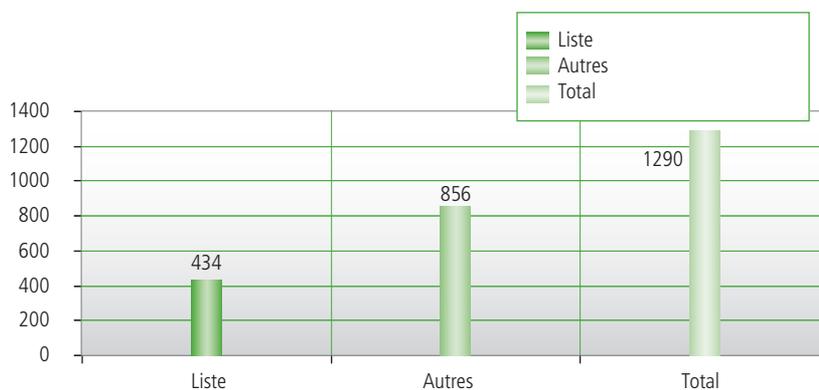


Tableau 8: Distribution du nombre d'hôpitaux psychiatriques en fonction du nombre d'indicateurs répartis par sous-catégorie (n=56)

Nombre d'indicateurs	Nombre d'hôpitaux psychiatriques
1-25	5
26-50	17
51-75	9
76-100	9
101-125	5
126-150	6
151-175	2
176-200	0
201-225	2
226-250	0
251-275	0
276-300	0
301-325	0
326-350	0
351-375	1

3.3.3. Indicateurs dans les hôpitaux Sp

Les 19 hôpitaux Sp ont désigné 419 indicateurs différents, dont 275 ont été introduits par les hôpitaux eux-mêmes et 144 ont été sélectionnés dans l'instrument de rapportage du SPF SPSCAE (figure 6). Le nombre moyen d'indicateurs par hôpital est de 68 (médiane: 64). Dans le tableau 9, la répartition du nombre d'indicateurs est présentée pour les hôpitaux Sp. Des 19 hôpitaux Sp, seuls 2 hôpitaux ont sélectionné moins de 25 indicateurs et aucun hôpital n'a choisi plus de 150 indicateurs. Les hôpitaux ont désigné au moins un indicateur.

Figure 6: Répartition du nombre d'indicateurs différents pour les hôpitaux Sp

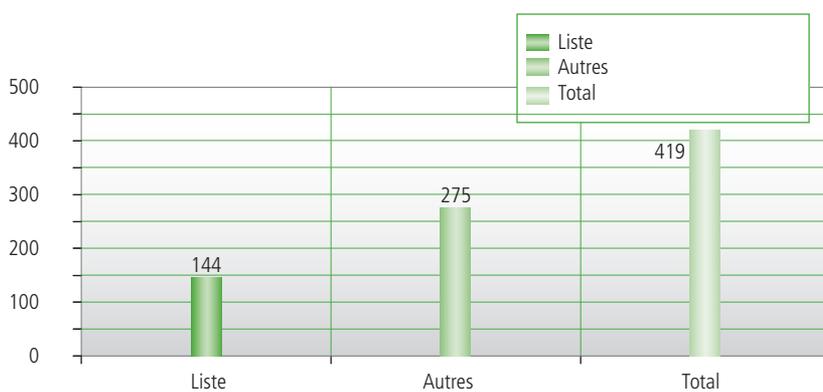


Tableau 9: Distribution du nombre d'hôpitaux Sp en fonction du nombre d'indicateurs répartis par sous-catégorie (n=19)

Nombre d'indicateurs	Nombre d'hôpitaux Sp
1-25	2
26-50	2
51-75	5
76-100	5
101-125	3
126-150	3
91-105	3
106-120	0
121-135	0
136-150	1

3.3.4. Indicateurs suivant les différentes dimensions pour les hôpitaux aigus

Lors du traitement des résultats, les indicateurs ont été classés dans les dimensions (A) performance clinique, (B) sécurité des patients et orientation patient, (C) performance économique, financière et IT, et (D) personnel et orientation équipe.

Après pondération (voir annexe 1), il s'avère, qu'en moyenne, 14 % des indicateurs de la dimension A ont été cochés, 26 % de la dimension B, 47 % de la dimension C et 43 % de la dimension D (figure 7).

Lors de l'analyse des «tops 5» des indicateurs des hôpitaux aigus, il s'avère que pour la dimension «performance clinique», le pourcentage de césariennes a été désigné le plus fréquemment (tableau 10). Il est à noter que trois indicateurs de ce top 5 concernent les césariennes et seulement un concerne l'incidence des septicémies dans un service de soins intensifs. Presque un hôpital aigu sur quatre utilise l'indicateur peu spécifique «mortalité totale en milieu hospitalier».

Pour la dimension «sécurité des patients et orientation patient», l'incidence de MRSA acquis à l'hôpital a été désignée le plus fréquemment, suivie par le nombre de plaintes au service de médiation. Pour la dimension «performance économique, financière et IT», le niveau du cash-flow a été désigné par 96 des 108 hôpitaux. Cependant, aucun indicateur concernant l'IT ne se retrouve dans le top 5. Pour la dernière dimension, «personnel et orientation équipe», le nombre d'équivalents temps plein infirmiers par service s'est avéré être l'indicateur le plus fréquemment désigné.

Lors d'une analyse des indicateurs des tops 5 pour toutes les dimensions, il s'avère que 65 % (n=13) des indicateurs sont des indicateurs de résultat, que seulement 15 % (n=3) sont des indicateurs de processus et 20 % (n=4) des indicateurs de structure.

Les aperçus des indicateurs des tops 20 pour les hôpitaux aigus (quelle que soit la dimension) sont repris dans l'annexe 2.

L'analyse des indicateurs qui n'ont jamais été mentionnés montre que les hôpitaux aigus les ont quasiment tous désigné, à l'exception de deux indicateurs dans la dimension «sécurité des patients et orientation patient»: «complications lors de l'utilisation de sédatifs et analgésiques administrés par des non-anesthésistes lors de procédures diagnostiques» et «patients dont la médication instaurée à domicile n'est pas connue > 24 heures suivant l'admission à l'hôpital».

Figure 7: Hôpitaux aigus: pourcentage pondéré d'indicateurs suivant la dimension

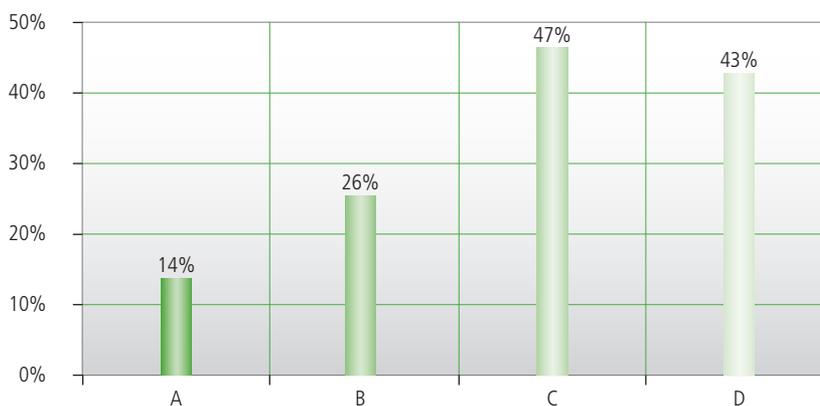


Tableau 10: Tops 5 des indicateurs suivant la dimension pour les hôpitaux aigus et selon le type (structure (S), processus (P) et résultat (R)) (n=108)

I. DIMENSION PERFORMANCE CLINIQUE	N	%	S	P	R
Pourcentage de césariennes	88	81 %			X
Mortalité totale en milieu hospitalier	79	73 %			X
Nombre total de césariennes	77	71 %			X
Proportion de césariennes en fonction du nombre total d'accouchements	70	65 %			X
Incidence des septicémies dans un service de soins intensifs	65	60 %			X
II. DIMENSION SÉCURITÉ DES PATIENTS ET ORIENTATION PATIENT	N	%	S	P	R
Incidence de MRSA acquis à l'hôpital	105	97 %			X
Nombre de plaintes au service de médiation	105	97 %			X
MRSA: participation à la surveillance nationale	102	94 %		X	
Clostridium difficile: participation à la surveillance nationale	100	93 %			X
Participation à la troisième campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains	99	92 %		X	

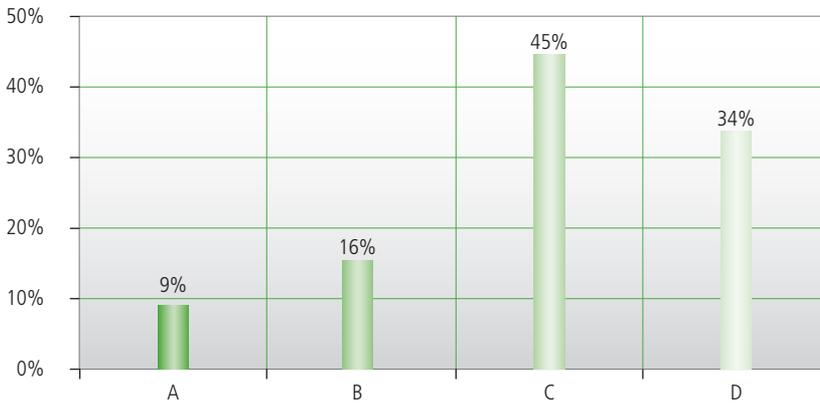
III. DIMENSION PERFORMANCE ÉCONOMIQUE, FINANCIÈRE ET IT	N	%	S	P	R
Niveau de cash-flow	96	89 %			X
Utilisation de la capacité d'hospitalisation	94	87 %			X
Taux d'indépendance financière	93	86 %	X		
Niveau de rentabilité	91	84 %			X
Performance en durée de séjour	87	81 %			X
IV. DIMENSION PERSONNEL ET ORIENTATION ÉQUIPE	N	%	S	P	R
Nombre d'équivalents temps plein par service	104	96 %	X		
Formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	88	81 %		X	
Degré de qualification du personnel de soins	87	81 %	X		
Pourcentage d'absentéisme chez le personnel	85	79 %			X
Degré de spécialisation des infirmiers	82	76 %	X		

3.3.5. Indicateurs suivant les différentes dimensions pour les hôpitaux psychiatriques

Lors du traitement des résultats, les indicateurs ont été classés dans les dimensions (A) performance clinique, (B) sécurité des patients et orientation patient, (C) performance économique, financière et IT, et (D) personnel et orientation équipe.

Après pondération, il s'avère qu'en moyenne 9 % des indicateurs de la dimension A ont été sélectionnés, 16 % de la dimension B, 45 % de la dimension C et 34 % de la dimension D (figure 8).

Figure 8: Hôpitaux psychiatriques: pourcentage pondéré d'indicateurs suivant la dimension



Lors de l'analyse des «tops 5» des indicateurs (tableau 11) pour les hôpitaux psychiatriques, il s'avère que pour la dimension «performance clinique», l'indicateur concernant le nombre d'admissions volontaires a le plus fréquemment été sélectionné (71 % des hôpitaux). Le top 5 pour cette dimension comprend des indicateurs qui ont tous trait à «l'admission», sauf un concernant «la sortie».

Pour la dimension «sécurité des patients et orientations patient», le nombre de plaintes au service de médiation a été sélectionné le plus fréquemment (93 % des hôpitaux) et, pour la dimension «performance économique, financière et IT», l'utilisation de la capacité d'hospitalisation a été désignée le plus fréquemment (82 % des hôpitaux). Aucun indicateur concernant l'IT ne se retrouve dans le top 5. Pour la quatrième dimension, «personnel et orientation équipe», c'est le nombre d'équivalents temps plein infirmiers par service qui a le plus fréquemment été désigné (89 % des hôpitaux).

Tableau 11: Tops 5 d'indicateurs par dimension pour les hôpitaux psychiatriques et selon le type (structure (S), processus (P) et résultat (R)) (n = 56)

I. DIMENSION PERFORMANCE CLINIQUE	n	%	S	P	R
Admissions volontaires	40	71 %			X
Nombre de sorties pour lesquelles une lettre de sortie est rédigée dans la semaine après la sortie	34	61 %			X
Admissions planifiées depuis au moins 24 heures	27	48 %			X
Admissions non planifiées	23	41 %			X
Admissions planifiées depuis moins de 24 heures	23	41 %			X
II. DIMENSION SÉCURITÉ DES PATIENTS ET ORIENTATION PATIENT	n	%			
Nombre de plaintes au service de médiation	52	93 %			X
Mesures de la satisfaction des patients (indicateurs 2.2 et 2.3)*	45	80 %		X	
Mesure de la satisfaction chez les patients*	41	73 %		X	
Sorties exigées par l'intéressé ou une autre personne sans l'accord de l'équipe en charge des traitements	38	68 %			X
Isolement	38	68 %			X
III. DIMENSION PERFORMANCE ÉCONOMIQUE, FINANCIÈRE ET IT	n	%			
Utilisation de la capacité d'hospitalisation	46	82 %			X
Acid-test	44	79 %			X
Niveau de rentabilité	41	73 %			X
Niveau de cash-flow	39	70 %			X
Couverture financière	39	70 %	X		
IV. DIMENSION PERSONNEL ET ORIENTATION ÉQUIPE	n	%			
Nombre d'équivalents temps plein par service	50	89 %	X		
Formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	50	89 %		X	
Degré de qualification du personnel de soins	41	73 %	X		
Pourcentage d'absentéisme chez le personnel	40	71 %			X
Mesure de la satisfaction du personnel	38	68 %		X	

* Indicateurs de niveaux hiérarchiques différents

Lors d'une analyse des indicateurs des tops 5 pour toutes les dimensions, il s'avère que 65 % (n=13) des indicateurs sont des indicateurs de résultat, que seulement 20 % (n=4) sont des indicateurs de processus et 15 % (n=3) des indicateurs de structure.

Les indicateurs des tops 20 pour les hôpitaux psychiatriques sont repris dans l'annexe 2.

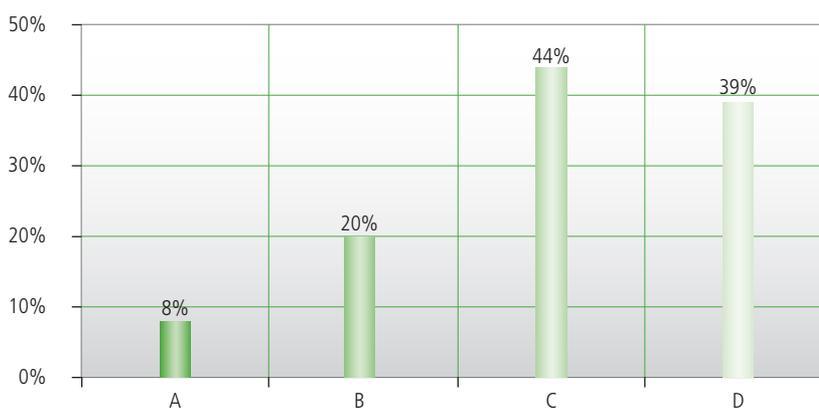
Lors de l'analyse des indicateurs jamais sélectionnés, il est à noter que pour la première dimension «performance clinique» seuls 10 indicateurs ne l'ont jamais été. Il s'agit d'indicateurs concernant le nombre de patients qui ont bénéficié d'un nombre différent d'entretiens avec le psychiatre ou l'assistant, et les patients qui ont été traités avec différentes doses d'antipsychotiques classiques dans la phase aiguë de schizophrénie. Pour les trois autres dimensions, tous les indicateurs ont été désignés au moins une fois.

3.3.6. Indicateurs suivant les différentes dimensions pour les hôpitaux Sp

Lors du traitement des résultats, les indicateurs ont été classés dans les dimensions (A) performance clinique, (B) sécurité des patients et orientation patient, (C) performance économique, financière et IT, et (D) personnel et orientation équipe.

Après pondération, il s'avère qu'en moyenne 8 % des indicateurs de la dimension A ont été sélectionnés, 20 % de la dimension B, 44 % de la dimension C et 39 % de la dimension D (figure 9).

Figure 9: Hôpitaux Sp: pourcentage pondéré d'indicateurs suivant la dimension



Lors de l'analyse des tops 5 des indicateurs sélectionnés (tableau 12), il s'avère que pour la dimension «performance clinique», les hôpitaux Sp ont désigné le plus fréquemment l'indicateur mortalité totale en milieu hospitalier (79 %

des hôpitaux). Pour la dimension «sécurité des patients et orientation patient», l'incidence de MRSA acquis à l'hôpital, la participation à la troisième campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains, la consommation totale d'alcool pour l'hygiène des mains et le nombre total de chutes ont été cochés le plus fréquemment (84 % des hôpitaux). Pour la dimension «performance économique, financière et IT», quatre indicateurs mènent également le top 5 avec un pourcentage égal, à savoir l'utilisation de la capacité d'hospitalisation, les coûts informatiques, le niveau de cash-flow et le niveau de rentabilité.

Lors de l'analyse des indicateurs des tops 5 pour toutes les dimensions, il s'avère que 50 % (n=10) des indicateurs sont des indicateurs de résultat, que seulement 25 % (n=5) sont des indicateurs de processus et 25 % (n=5) sont des indicateurs de structure.

Les aperçus des indicateurs des tops 20 pour tous les hôpitaux Sp sont repris dans l'annexe 2.

À la suite de l'analyse des indicateurs qui ne sont jamais utilisés dans les différentes dimensions, nous remarquons que leur part est beaucoup plus importante en comparaison avec les hôpitaux aigus et psychiatriques.

Pour la dimension «performance clinique», 22 indicateurs n'ont jamais été sélectionnés. Ceci peut s'expliquer en grande partie par le fait qu'il s'agit d'indicateurs qui ne peuvent jamais être suivis *de facto* dans les hôpitaux Sp, comme la «mortalité totale en milieu hospitalier dans un service de soins intensifs» ou les «pneumonies suite à une intubation dans un service de soins intensifs (Ventilator Associated Pneumonia (VAP))», étant donné que ces institutions ne disposent pas de ces services.

Pour la dimension «sécurité des patients et orientation patient», 36 indicateurs n'ont jamais été mentionnés. Par analogie avec la dimension précédente, on peut également constater que pour cette dimension, la plupart des indicateurs ne sont pas applicables aux hôpitaux Sp, comme par exemple, «l'utilisation d'intubation dans un service de soins intensifs» ou «l'utilisation de cathéters veineux centraux dans un service de soins intensifs». Cependant, ce n'est pas le cas pour tous les indicateurs et nous notons que certains comme «le nombre de patients placés sous contention» ou «l'agression envers des objets: patients ayant provoqué un incident (agression) envers des objets au cours des trois derniers mois» ne sont jamais utilisés.

Pour la dimension «performance économique, financière et IT», tous les indicateurs ont été cochés au moins une fois. Pour la dimension «personnel et orientation équipe», seul l'indicateur «nombre de brochures d'information distribuées à l'attention du personnel dans une période donnée» n'a jamais été choisi.

Tableau 12: Tops 5 des indicateurs par dimension pour les hôpitaux Sp et selon le type (structure (S), processus (P) et résultat (R)) (n=19)

I. DIMENSION PERFORMANCE CLINIQUE	N	%	S	P	R
Mortalité totale en milieu hospitalier	15	79 %			X
Nombre de patients à risque pour lesquels une anamnèse spécifique relative à l'alimentation fut entreprise	7	37 %		X	
Nombre de patients à risque bénéficiant d'une consultation avec un diététicien	6	32 %		X	
Infections liées aux soins	5	26 %			X
Nombre de patients à risque pour lesquels un protocole spécifique fut entrepris concernant la malnutrition	5	26 %		X	
II. DIMENSION SÉCURITÉ DES PATIENTS ET ORIENTATION PATIENT	N	%	S	P	R
Incidence de MRSA acquis à l'hôpital	16	84 %			X
Participation à la troisième campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains	16	84 %		X	
Consommation totale d'alcool pour l'hygiène des mains	16	84 %			X
Nombre total de chutes	16	84 %			X
Nombre de plaintes au service de médiation	14	74 %			X
III. DIMENSION PERFORMANCE ÉCONOMIQUE, FINANCIÈRE ET IT	N	%	S	P	R
Utilisation de la capacité d'hospitalisation	14	74 %			X
Coûts informatiques	14	74 %			X
Niveau de cash-flow	14	74 %			X
Niveau de rentabilité	14	74 %			X
Couverture financière	13	68 %	X		
IV. DIMENSION PERSONNEL ET ORIENTATION ÉQUIPE	N	%	S	P	R
Nombre d'équivalents temps plein par service	17	89 %	X		
Degré de qualification du personnel de soins	17	89 %	X		
Formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	16	84 %		X	
Nombre de médecins par service	13	68 %	X		
Degré de spécialisation des infirmiers	13	68 %	X		

4. DISCUSSION

L'analyse permet d'émettre quatre conclusions importantes.

En premier lieu, les hôpitaux montrent une variation importante quant au nombre et au choix des indicateurs désignés pour piloter la stratégie concernant la qualité et la sécurité des patients. Cette variabilité est plus marquée dans les hôpitaux aigus que dans les hôpitaux psychiatriques et Sp. Le nombre moyen d'indicateurs pour les hôpitaux psychiatriques et Sp est largement inférieur au nombre d'indicateurs pour les hôpitaux aigus. Lors de la constitution de leur cartographie, les hôpitaux ont probablement utilisé des définitions différentes de ce qui, d'une part, est entendu par «qualité et sécurité des patients» et, d'autre part, par «piloter». Une interprétation plus large de ce qui est entendu par «qualité et sécurité des patients» peut donner lieu à un choix plus ou moins important du nombre d'indicateurs sélectionnés. Pour cette raison, il pourrait être utile de réaliser de manière plus approfondie des corrélations entre l'emploi de différents systèmes de qualité (par exemple, EFQM) à l'hôpital et le nombre ou le choix des indicateurs utilisés. On note également un besoin de standardisation de la notion de gestion de la qualité et de la sécurité des patients selon le type d'hôpital. Celle-ci doit être de préférence rédigée en concertation avec le secteur et évidemment présenter un caractère évolutif.

Une deuxième conclusion est que les hôpitaux interprètent différemment la notion «d'indicateur». Notamment, le nombre d'«indicateurs» indiqués dans la catégorie «autres» font supposer que tout élément suivi par les hôpitaux dans le cadre de la qualité et la sécurité des patients reçoit automatiquement l'étiquette «indicateur» sans qu'il y ait cependant un dénominateur, un numérateur ou un chiffre cible applicable ou que ce qui est mesuré puisse être considéré comme valide, fiable et pertinent.

Une troisième conclusion importante est qu'il existe une répartition déséquilibrée entre le nombre d'indicateurs pour les dimensions (A) performance clinique, (B) sécurité des patients et orientation patient, (C) performance économique, financière et IT et (D) personnel et orientation équipe. Après pondération, il s'est avéré qu'en moyenne, les indicateurs des dimensions C et D ont été désignés plus fréquemment que ceux des dimensions A et B, et qu'en moyenne, moins de 15 % des indicateurs de la dimension A sont sélectionnés.

Une quatrième conclusion est que les indicateurs de résultat sont substantiellement plus fréquents que les indicateurs de processus et de structure. Ceci

peut éventuellement être expliqué par le fait que ces indicateurs sont considérés comme étant plus importants pour le management de l'hôpital que ceux de structure et de processus. Dans la littérature spécialisée, il s'avère cependant que les indicateurs de structure (comme l'effectif en personnel ou la qualification des professionnels des soins de santé) sont en grande partie déterminants pour les résultats qui sont obtenus sur le plan des processus et résultats (cliniques).

ANNEXE 1

Technique de pondération

Pour la pondération des indicateurs des quatre dimensions, le calcul suivant a été appliqué (exemple pour les hôpitaux aigus).

Étape 1: 371 indicateurs ont été listés en totalité dans le document de rapportage avec la répartition suivante: dimension A: 168, dimension B: 162, dimension C: 21, et dimension D: 20. Dans l'analyse, les indicateurs «autres» ne sont pas pris en compte.

Étape 2: Le nombre moyen d'indicateurs sélectionnés par les hôpitaux par dimension a été calculé. Ce nombre moyen était de: pour la dimension A: 24, B: 43, C: 40, et D: 9.

Étape 3: Le nombre moyen d'indicateurs sélectionnés a été divisé par le nombre d'indicateurs listés. Exemple pour la dimension A: $24/168 = 14 \%$.

Le résultat pour la dimension A de 14 % signifie donc que les hôpitaux ont sélectionné en moyenne 14 % des indicateurs disponibles dans la liste.

Cette pondération a quand même quelques limites. En premier lieu, il est supposé que les indicateurs sont indépendants les uns des autres. En deuxième lieu, certains indicateurs ne peuvent pas être désignés dans tous les hôpitaux, comme les indicateurs concernant la cardiologie qui ne sont applicables que chez les hôpitaux disposant de ces services spécialisés.

ANNEXE 2

Tableau A: Hôpitaux aigus (n=108), top 20 des indicateurs sélectionnés (quelle que soit la dimension)

Nom de l'indicateur	N	%
Incidence de MRSA acquis à l'hôpital	105	97,22 %
Nombre de plaintes au service de médiation	105	97,22 %
Nombre d'équivalents temps plein par service	104	96,30 %
MRSA: participation à la surveillance nationale	102	94,44 %
Clostridium difficile: participation à la surveillance nationale	100	92,59 %
Participation à la troisième campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains	99	91,67 %
Nombre de réactions transfusionnelles	98	90,74 %
Chiffre de résistance au staphylocoque aureus	97	89,81 %
Mesures de la satisfaction des patients	96	88,89 %
Niveau de cash-flow	96	88,89 %
Utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains*	95	87,96 %
Utilisation de la capacité d'hospitalisation	94	87,04 %
Taux d'indépendance financière	93	86,11 %
Proportion de MRSA acquis à l'hôpital par rapport au MRSA total à l'hôpital	92	85,19 %
Consommation totale d'alcool pour l'hygiène des mains*	92	85,19 %
Incidence du clostridium difficile	91	84,26 %
Niveau de rentabilité	91	84,26 %
Utilisation d'antibiotiques dans l'ensemble de l'hôpital	90	83,33 %
Formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	88	81,48 %
Pourcentage de césariennes	88	81,48 %

* Indicateurs de niveaux hiérarchiques différents

Tableau B: Hôpitaux psychiatriques (n=56), top 20 des indicateurs sélectionnés (quelle que soit la dimension)

Nom de l'indicateur	N	%
Nombre de plaintes au service de médiation	52	92,86 %
Nombre d'équivalents temps plein par service	50	89,29 %
Formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	50	89,29 %
Utilisation de la capacité d'hospitalisation	46	82,14 %
Mesures de la satisfaction des patients*	45	80,36 %
Acid-test	44	78,57 %
Degré de qualification du personnel de soins	41	73,21 %
Mesure de la satisfaction chez les patients*	41	73,21 %
Niveau de rentabilité	41	73,21 %
Pourcentage d'absentéisme chez le personnel	40	71,43 %
Admissions volontaires	40	71,43 %
Niveau de cash-flow	39	69,64 %
Couverture financière	39	69,64 %
Mesure de la satisfaction du personnel	38	67,86 %
Sorties exigées par l'intéressé ou une autre personne sans l'accord de l'équipe en charge des traitements	38	67,86 %
Isolement	38	67,86 %
Taux d'indépendance financière	37	66,07 %
Sorties de commun accord	37	66,07 %
Patients isolés	37	66,07 %
Sorties sans concertation	35	62,50 %

* Indicateurs de niveaux hiérarchiques différents

Tableau C: Hôpitaux Sp (n=19), top 20 des indicateurs sélectionnés (quelle que soit la dimension)

Nom de l'indicateur	n	%
Nombre d'équivalents temps plein par service	17	89,47 %
Degré de qualification du personnel de soins	17	89,47 %
Formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	16	84,21 %
Incidence de MRSA acquis à l'hôpital	16	84,21 %
Participation à la troisième campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains	16	84,21 %
Consommation totale d'alcool pour l'hygiène des mains	16	84,21 %
Nombre total de chutes	16	84,21 %
Mortalité totale en milieu hospitalier	15	78,95 %
Utilisation de la capacité d'hospitalisation	14	73,68 %
Nombre de plaintes au service de médiation	14	73,68 %
Coûts informatiques	14	73,68 %
Niveau de cash-flow	14	73,68 %
Niveau de rentabilité	14	73,68 %
Utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains	14	73,68 %
Nombre total de chutes entraînant des lésions	14	73,68 %
Nombre de médecins par service	13	68,42 %
Degré de spécialisation des infirmiers	13	68,42 %
Nombre de transferts vers d'autres hôpitaux/institutions de soins	13	68,42 %
Mesures de la satisfaction des patients	13	68,42 %
Couverture financière	13	68,42 %

CHAPITRE 4. PLAN D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN

Conclusions principales

- Les hôpitaux ont formulé une demande claire à l'autorité fédérale, à savoir prévoir suffisamment de **soutien proactif et de coaching** pour les trois piliers du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients».
- Les activités d'accompagnement et de soutien organisées sous la forme de workshops, de journées d'étude et/ou d'ateliers sont une **combinaison de concepts théoriques et d'applications pratiques**.
- **8 personnes sur 10** inscrites aux activités organisées sont présentes.
- Même si la qualité et la sécurité des patients sont des **objectifs clés** pour chaque hôpital, il semble que ces thèmes soient encore toujours l'affaire du coordinateur de qualité et/ou sécurité des patients.
- Les activités d'accompagnement et de soutien organisées pour les **directions des hôpitaux**, comme les workshops sur le modèle EFQM et certaines parties du symposium sur la sécurité des patients, **atteignent insuffisamment** ce groupe-cible.
- Le nombre de participants au symposium annuel «Éviter l'évitable» **augmente d'année en année**.
- La cellule «**Qualité et Sécurité des patients**» du SPF SPSCAE (l'équipe QS) veille à être d'un accès facile et encourage le feed-back constructif des hôpitaux.
- Chaque **réseau d'hôpitaux** existant a développé sa **propre dynamique**.
- Le projet Transfert Intra-Muros du patient (TIM) a révélé que le **transfert du patient est un processus complexe**.

1. INTRODUCTION

Dans le cadre des contrats «Coordination qualité et sécurité des patients», un plan pluriannuel jusqu'à 2012 a été développé par la cellule «Qualité et Sécurité des patients» du SPF SPSCAE (l'équipe QS)²⁷. À partir de la deuxième année de contrat (2008-2009), un contrat a été établi de manière distincte pour les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp. En revanche, ces contrats sont basés sur les mêmes piliers: structure, processus et résultat (triade de Donabedian). Les activités demandées sont chaque année décrites en détail dans les contrats.

Dans les rapports des hôpitaux de la première année de contrat (2007-2008), ceux-ci ont exprimé à l'autorité fédérale une demande de soutien, de formation et d'accompagnement dans le but de mieux réaliser les activités spécifiées dans le cadre de ces contrats²⁸. En outre, une demande a également été faite pour soutenir la mise en place de groupes de travail sous forme de réseaux. La mise en application des concepts en matière de qualité et sécurité des patients est en effet complexe, entre autres, parce qu'elle requiert non seulement un changement important de culture et de comportement, une adaptation des structures, un apprentissage et une adaptation des méthodes de travail mais aussi un leadership soutenu pour arriver à des résultats tangibles²⁹. Aussi, dès l'année 2008, la QS Team, en collaboration avec le groupe de travail fédéral Sécurité des patients³⁰, a commencé à mettre en place un plan d'accompagnement et de soutien pour les hôpitaux.

2. CONTEXTE

Accompagner le changement afin de garantir la qualité et la sécurité des patients nécessite des actions à différents niveaux. Des actions pour toutes les activités hospitalières, dirigées par le management, et des activités sur le terrain sont importantes. Dans le cadre du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients» 2007-2008, il a été en effet demandé aux directions d'élaborer

27 La cellule «Qualité et Sécurité des Patients» des autorités fédérales est identique à l'équipe QS. Le nom «équipe QS» est utilisé dans le reste du texte parce qu'il est mieux connu par les hôpitaux.

28 M. Haelterman, H. Peleman, L. Borgemans, 'Verwachtingen naar en ondersteuning van de ziekenhuissector' In J. Hellings, *Patiëntveiligheid in ziekenhuizen. Basisinzichten en erkenning van veiligheidscultuur*, Kluwer, 2009, p. 39-47.

29 NHS. *The "How to Guide" for Implementing Human Factors in Healthcare*. Version 1, 2009, www.Patientsafetyfirst.nhs.uk

30 La liste des membres du groupe de travail fédéral Sécurité des patients est disponible à la fin de ce rapport.

une vision, des missions et des objectifs stratégiques en relation avec la qualité et la sécurité des patients. De plus, au niveau du personnel de terrain, il a été recommandé de promouvoir et de soutenir la communication, la sensibilisation et la formation aux différentes méthodes et outils. En tant que partenaire à ce mouvement, l'équipe QS y contribue en mettant en place différentes formes de soutien et d'accompagnement telles que:

- l'organisation de workshops, journées d'étude et ateliers (2.1);
- la mise à disposition d'un relevé des formations existantes hors SPF (2.2);
- la stimulation de l'interaction avec les hôpitaux (2,3);
- la mise à la disposition d'un document de rapportage pour les hôpitaux (2.4);
- le développement d'un site Internet (2.5);
- l'organisation annuelle d'une semaine et d'un symposium sur la sécurité des patients (2.6);
- la stimulation et le soutien de réseaux hospitaliers (2.7);
- le soutien d'un projet de Transfert Intra-Muros des patients (TIM) (2.8).

Ces différentes formes d'accompagnement et de soutien sont présentées plus concrètement ci-après de manière synthétique. Elles ne se limitent pas à l'année du contrat 2008-2009; elles s'élargissent en partant de la première année du contrat (2007-2008) jusqu'au mois de juin 2010. En 2007, d'importantes activités avaient en effet déjà été organisées, entre autres sur la mesure de la culture de sécurité des patients. Celles-ci n'avaient pas encore fait l'objet de rapport. En outre, certaines informations sont reprises de manière plus détaillée dans les annexes situées en fin du chapitre.

2.1. Organisation de workshops, journées d'étude et ateliers

L'équipe QS s'est engagée à organiser des workshops, journées d'étude et formations pratiques sous forme d'ateliers destinés aux directions d'hôpitaux, médecins, coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients ainsi qu'à tous les collaborateurs concernés directement par la qualité et la sécurité des patients. Les thèmes sélectionnés sont en lien direct avec les trois piliers mentionnés dans les contrats «Coordination qualité et sécurité des patients». Les thèmes choisis sont envisagés à la fois de manière théorique et pratique. Sur la base de la devise «Apprendre l'un de l'autre», l'équipe QS veille à faire appel à des experts de terrain ayant déjà expérimenté le thème sélectionné.

Pour augmenter leur accessibilité, ces workshops et ateliers sont en général unilingues. Et dans un souci d'uniformité, l'autorité fédérale veille à ce que les thèmes choisis soient abordés de manière similaire dans les deux langues pour que le même message soit transmis. Certains sont organisés de manière répétitive réunissant un nombre plus réduit de participants, lorsque l'interactivité

avec les orateurs est recherchée et/ou lorsque des travaux de groupe sont prévus (ateliers).

Certaines activités de soutien entrent en ligne de compte pour l'accréditation de médecins et pharmaciens hospitaliers.

Les exposés des orateurs sont toujours disponibles sur le site web: www.patient-safety.be (rubrique: plan de soutien/workshops).

2.1.1. Workshops organisés en 2007

Dans la première année de contrat (2007-2008), il a été demandé aux hôpitaux de réaliser une mesure de la culture de sécurité des patients dans l'entièreté de l'hôpital. L'instrument de mesure à utiliser obligatoirement a été l'«Hospital Survey on Patient Safety» de l'AHRQ. Pour préparer les hôpitaux à la réalisation de cette mesure, trois workshops ont été organisés en 2007. L'exposé théorique a montré le cadre dans lequel la sécurité des patients doit se situer ainsi que l'importance de la culture de sécurité. L'application pratique de cet instrument a été présentée, ainsi que la manière d'interpréter les données. De plus, les expériences pratiques de la mesure de la culture ont été commentées par deux hôpitaux aigus.

La fiche récapitulative est disponible dans l'annexe 1.

2.1.2. Workshops organisés en 2008

Mi-2008, 96 % des hôpitaux participants au contrat (158 sur 164) ont effectué une mesure de la culture dans l'entièreté de leur l'hôpital. Ces hôpitaux pouvaient facultativement envoyer leurs données à l'Hôpital Oost-Limburg pour que puisse être réalisé un benchmarking. Dans une première phase, 132 hôpitaux y ont participé, c'est-à-dire 80 % des hôpitaux participants. Sur la base des résultats de ce benchmarking, trois workshops ont été organisés en 2008 (annexe 2) et le rapport «*Culture de sécurité dans les hôpitaux belges: résultats d'un premier examen*»³¹ a été publié.

2.1.3. Workshops, journées d'étude et ateliers organisés en 2009

À partir des rapports des hôpitaux de la première année de contrat (2007-2008), il s'est avéré que seulement un hôpital sur trois avait adopté un cadre de référence d'évaluation et d'amélioration de la qualité. Ce constat a généré la motivation d'organiser, en 2009, une journée d'étude (répétitive) sur le modèle EFQM, adressée aux directions des hôpitaux. De plus, dans le cadre de

31 J. Hellings & W. Schrooten, *Rapport Veiligheidscultuur in Belgische Ziekenhuizen: resultaten van een eerste onderzoek*, 2009.

jours d'étude, une attention particulière a également été accordée aux événements indésirables: leur signalement, leur analyse et leur classification. Ce thème faisait l'objet des exigences du contrat 2008-2009. L'équipe QS a ainsi voulu anticiper de façon proactive.

En 2009, treize activités ont été organisées (annexe 3) dont:

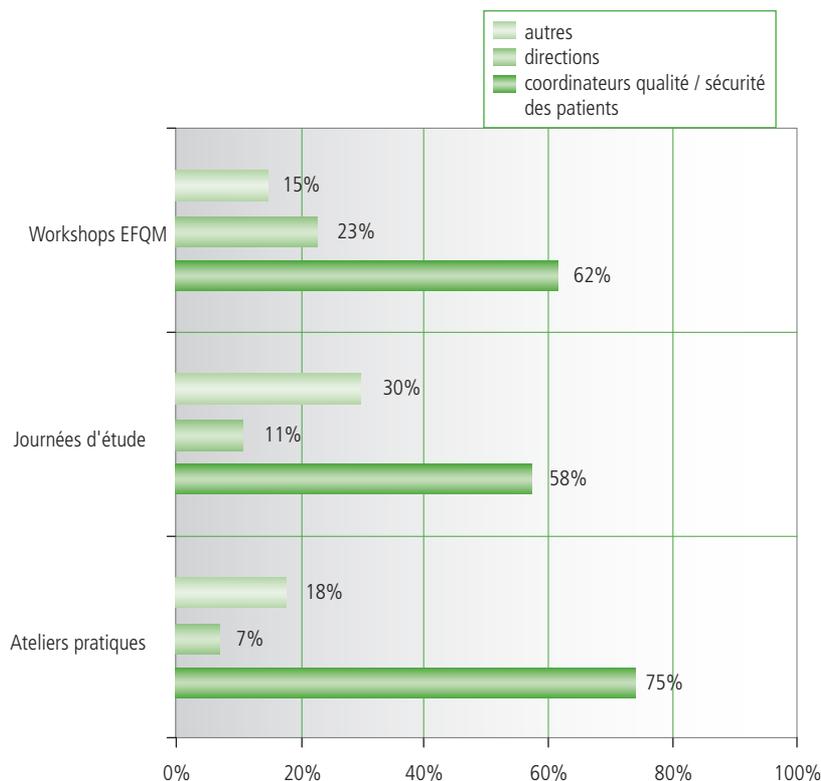
- deux workshops sur la mesure de la culture de sécurité des patients pour les nouveaux hôpitaux participant aux contrats 2008-2009;
- sept workshops sur le modèle EFQM adressés aux directions des hôpitaux;
- deux jours d'étude sur les événements indésirables: signalement, analyse et classification. Elles étaient adressées aux coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients;
- deux ateliers sur les méthodes d'analyses rétrospectives adressés aux coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients.

L'annexe 3 présente le relevé des workshops sur le modèle EFQM, les jours et les ateliers sur les méthodes d'analyse rétrospectives et montre un taux de participation respectif de 70 %, 97 % et 57 % des hôpitaux participant au contrat 2008-2009.

La figure 1 met en évidence que les workshops, les jours d'étude et les ateliers ont principalement été suivis par les coordinateurs qualité. Bien que les workshops sur le modèle EFQM aient plus particulièrement été adressés aux directions des hôpitaux, une personne présente sur quatre appartenait à ce groupe.

L'ensemble des activités de soutien et d'accompagnement de 2009 est détaillé ci-après.

Figure 1: Fonction des participants aux activités organisées en 2009



2.1.3.1. Workshops mesure de la culture de sécurité des patients

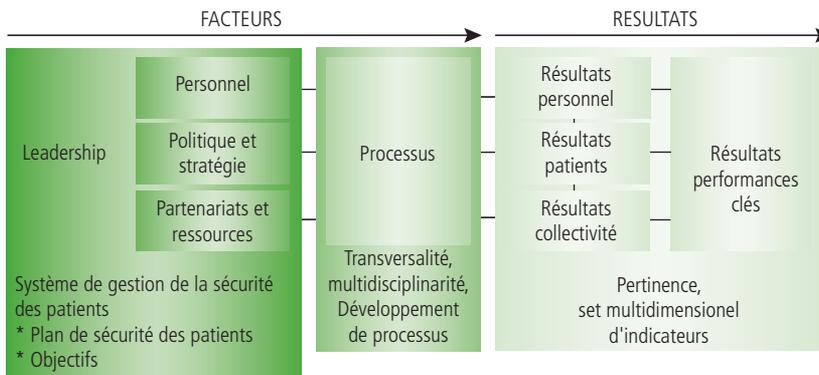
Pour informer les 21 hôpitaux qui participaient pour la première fois au contrat en 2008-2009, deux workshops ont été organisés sur la mesure de la culture de sécurité des patients. Le contenu de ces workshops a été assez similaire à ceux organisés en 2007.

2.1.3.2. Workshops sur le modèle EFQM

Le modèle d'excellence EFQM (European Foundation Quality Management) est un modèle de management utilisé en Europe dans différentes institutions. Le Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap de la KUL (CZV) a adapté ce modèle au secteur des soins (Kwadrant). Ce modèle permet aux organisations de s'auto-évaluer afin d'identifier leurs points forts et les domaines à améliorer en priorité. Il permet de gérer l'amélioration continue de la qualité en interne de façon solide et structurée. Si le modèle EFQM est

similaire à un programme de qualité totale pour une institution, celui-ci a été présenté dans les workshops, selon l'angle de la sécurité des patients (figure 2). Pour le rendre opérationnel, il a été couplé à un outil d'auto-évaluation. Plusieurs expériences en milieu hospitalier ont enrichi l'exposé théorique. Elles ont été présentées par des directeurs et/ou cadres d'hôpitaux et ont permis de saisir sa déclinaison sur le terrain.

Figure 2: «Sécurité des patients sous l'angle du modèle de l'EFQM» (E. De Schepper)



2.1.3.3. Journée d'étude sur les événements indésirables: signalement, analyse et classification

Le pilier 1 du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients» 2009-2010 recommande aux hôpitaux de développer un système de récolte des incidents et presque incidents et, à partir de ceux-ci, un système d'apprentissage. La mesure des événements indésirables permet en effet de déterminer l'importance et la fréquence de leur apparition. Des actions d'amélioration peuvent ainsi être mises en place afin d'éviter la survenue d'événements semblables en d'autres lieux.

Les journées d'étude ont été structurées et présentées de la manière suivante:

- l'état des lieux des systèmes de récolte des événements indésirables réalisés à partir des rapports des hôpitaux de 2007-2008;
- des coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients partageant leur expérience d'implémentation de leur système dans leur institution;
- une première approche sur la classification des événements indésirables ICPS (International Classification for Patient Safety) de l'OMS (taxonomie);
- des pistes à la fois théoriques et pratiques pour mettre en place des méthodes rétrospectives d'analyse des événements indésirables.

2.1.3.4. Ateliers sur les méthodes d'analyse rétrospectives

Le pilier 1 du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients» (2009-2010) demande aux hôpitaux de décrire cinq incidents analysés. Aussi, une sensibilisation plus approfondie à l'analyse rétrospective des événements indésirables a été envisagée sous forme d'ateliers et dispensée par des collaborateurs hospitaliers ayant une expérience dans ce domaine. Pour répondre aux spécificités des institutions de soins, des séances ont été organisées pour cibler particulièrement les hôpitaux aigus, les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux Sp.

2.1.4. Workshops et ateliers organisés en 2010

Le contrat 2008-2009 spécifie aux hôpitaux d'analyser cinq incidents de manière rétrospective et de les classer selon la taxonomie de l'OMS. Cinq workshops ont été consacrés au mode d'emploi de l'ICPS (*International Classification for Patient Safety*) de l'OMS (taxonomie) et sept ateliers ont été organisés sur la méthode PRISMA qui concerne l'analyse rétrospective des événements indésirables (*Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis*). Ils ont réuni respectivement 191 et 179 personnes (annexe 4).

Les workshops sur la méthode SIRE (systematische Incident Reconstructie en Evaluatie) ont été organisés à partir de septembre 2010. Il s'agit d'une deuxième méthode d'analyse rétrospective des événements indésirables.

2.1.4.1. Workshops sur la taxonomie de l'OMS

Dans le contrat 2008-2009, il a été demandé aux hôpitaux de classer cinq incidents analysés rétrospectivement sur le plan de la taxonomie selon l'*International Classification for Patient Safety* de l'OMS (ICPS).

Cette classification internationale n'est pas la seule taxonomie pour classer les événements indésirables. Il existe, par exemples:

- Taxonomy for Error Reporting, Root Cause Analysis and Analysis of Practice Responsibility (TERCAP);
- NCC MERP Taxonomy of Medication Error;
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Patient Safety Taxonomy;
- ...

La version originale de l'ICPS, développée par la World Alliance for Patient Safety³², a été adaptée à la situation belge par le «groupe de travail Taxonomie»³³ et traduite dans les trois langues du pays. L'application de la taxonomie a aussi été testée dans quelques hôpitaux belges. De plus, nous savons qu'à l'avenir, de nouvelles adaptations et améliorations seront encore nécessaires, entre autres parce que des modifications seront effectuées par l'OMS.

Une brève description du cadre conceptuel de l'ICPS est disponible dans l'annexe 5.

Cette classification présente les intérêts suivants:

- elle fournit un langage commun;
- des données peuvent être agrégées à différents niveaux:
 - au niveau des hôpitaux individuels: détection de modèles et de tendances dans les banques de données;
 - au niveau de plusieurs hôpitaux: réseau, régional, national, international (benchmarking);
 - au niveau des spécialités (comme par exemple aux Pays-Bas pour la néonatalogie et la radiothérapie);
- elle peut indiquer la voie à suivre et servir de guide lors de l'inventaire des principaux aspects de soins;
- les moyens à apporter peuvent être plus facilement prioritisés par l'hôpital.

L'avis des utilisateurs est essentiel. Pour cette raison, fin 2009, l'équipe QS a lancé un appel aux hôpitaux afin de classer au moins un incident dans cette taxonomie et de lister les problèmes et imprécisions rencontrés.

Plus de 100 hôpitaux ont réagi à cet appel. Sur la base des problèmes signalés, des workshops ont été organisés et un manuel³⁴ a été rédigé pour les hôpitaux.

Les workshops ont été présentés de la manière suivante:

- une introduction théorique dans laquelle l'intérêt de la taxonomie est notamment exposé;
- une partie pratique avec l'analyse d'un cas donnant aux hôpitaux l'occasion de classer un ou plusieurs incidents selon cette taxonomie;
- une discussion basée sur le partage des problèmes rencontrés.

32 <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>

33 La liste des membres du groupe de travail Taxonomie est disponible à la fin de ce rapport.

34 Le manuel pour l'usage de la taxonomie dans les hôpitaux belges a été envoyé par e-mail à tous les hôpitaux et peut être téléchargé sur www.patient-safety.be/contrat_coordination_qualite_et_scurite_des_patients/contrat_2009-2010.

2.1.4.2. *Workshops PRISMA*

Dans le contrat 2009-2010, l'autorité fédérale demande aux hôpitaux de rapporter l'analyse rétrospective de cinq événements indésirables. Si plusieurs méthodes existent pour analyser les événements indésirables de manière rétrospective, dans le cadre de ses workshops, l'équipe QS a suggéré l'apprentissage de deux méthodes: la méthode PRISMA (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis)³⁵ et la méthode SIRE (Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie)³⁶ similaire à la méthode d'Analyse des Causes Racines (ACR).

Sept workshops sur la méthode PRISMA ont été organisés au premier semestre 2010. À partir du mois de septembre 2010, les hôpitaux ont pu participer aux workshops consacrés à la méthode SIRE.

Le modèle de Reason^{37 38}, basé sur la théorie systémique indique que les (presqu') incidents naissent d'une convergence de déficiences actives et latente.

La méthode PRISMA a d'abord été présentée de manière théorique. Elle est basée sur la théorie de Reason et elle comprend plusieurs étapes: la définition et l'analyse de l'événement indésirable et sa description par une arborescence des causes, ensuite la classification des causes initiales sur la base du modèle d'Eindhoven, puis l'identification de la cause latente dominante et enfin sa mise en lien avec les causes des autres événements indésirables similaires pour déterminer des mesures d'amélioration à prendre au niveau structurel et/ou organisationnel³⁹. Par l'examen approfondi du contexte et des circonstances dans lesquelles le (presqu') incident s'est produit, les dysfonctionnements actifs et latents peuvent être visualisés et des actions peuvent être mises en œuvre.

35 I. Hemmes, P. Zweekhorst, *Prisma Praktisch. Tijdig leren van (bijna-) incidenten*. Colofon, Bilthoven, 2008

36 I.P. Leistikow, K. den Ridder, B. de Vries, *Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie*. Patientveiligheid, Utrecht, Elsevier Gezondheidszorg, 2009.

37 J. Reason, Human error: models and management, *BMJ* 2000, 320: 768-770.

38 J. Reason, Understanding adverse events: human factors, *Qual Health care* 1995, 4: 80-89.

39 *Herontechnologies, handleiding retrospectieve incidentanalyse*, april 2009.

2.2. La mise à la disposition d'un relevé des formations existantes hors SPF

Les hôpitaux ont souhaité connaître les formations existantes hors SPF dans le domaine de la qualité et la sécurité des patients afin de proposer plus facilement des formations à leurs collaborateurs.

L'équipe QS a concrétisé cette demande et rédigé un relevé structuré selon les trois catégories suivantes:

- les formations dans le domaine de la qualité et la sécurité des patients (secteurs de soins);
- les congrès nationaux et internationaux de qualité et sécurité des patients;
- les autres formations dans le domaine de la qualité.

Cette offre de formations est actualisée par l'équipe QS au début de chaque année académique.

Un relevé de l'offre des formations hors SPF est disponible sur www.patient-safety.be (rubrique: contrat coordination qualité et sécurité des patients/plan de soutien/formations externes).

2.3. La stimulation de l'interaction avec les hôpitaux

L'équipe QS envoie par voie électronique aussi bien aux directions des hôpitaux qu'aux coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients, les informations suivantes: les activités d'accompagnement et de soutien, les modalités d'inscriptions, les renseignements sur les contrats, etc. L'équipe QS estime important que les directions des hôpitaux puissent aussi suivre l'évolution des activités relatives au contrat.

En outre, les hôpitaux peuvent poser leurs questions aux collaborateurs de l'équipe QS, soit par téléphone, soit via l'adresse e-mail qs@health.fgov.be. Un indicateur important pour l'équipe QS est que, dans 95 % des cas, une réponse est apportée dans les 24 h.

2.4. La mise à la disposition d'un document de rapportage pour les hôpitaux (template)

Dès le premier contrat (2007-2008) pour faciliter la rédaction des rapports des hôpitaux à envoyer à l'équipe QS, un document de rapportage a été envoyé aux hôpitaux, sur base d'une application web. Elle pouvait être utilisée facultativement par les hôpitaux. 80 % des hôpitaux ont effectué le rapport via cette application Web. Depuis la deuxième année de contrat (2008-2009),

il s'agit d'un document Word, et les informations sont recueillies par pilier. L'utilisation de cette trame est actuellement obligatoire.

2.5. Le développement d'un site Web

Le site web www.patient-safety.be fait partie du www.health.belgium.be, le site web du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. La page consacrée à la sécurité des patients est accessible sous le volet «soins de santé», puis «institutions de soins». Il est possible de se connecter directement via www.patient-safety.be.

Toute l'information importante du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients» est répartie sous les quatre rubriques principales: «mission», «semaine de la sécurité des patients», «contrat Coordination qualité et sécurité des patients» et «plan de soutien». De même, les instruments (mesure de culture, documents de rapportage, manuel taxonomie), les programmes et les présentations des workshops et du symposium Sécurité des patients peuvent être consultés et téléchargés. Les inscriptions pour le contrat, les workshops et le symposium Sécurité des patients se font également via ce site web. Sur la page principale, vous retrouvez chaque fois l'information la plus récente. Les documents des années précédentes restent disponibles sous la rubrique «plus sur ce thème».

2.6. L'organisation annuelle d'une semaine et d'un symposium sur la sécurité des patients «Éviter l'évitable»

Depuis 2007, le SPF SPSCAE organise chaque automne une Semaine pour la sécurité des patients (octobre ou novembre). Pour cette manifestation, un logo et des outils ont été développés. Afin de sensibiliser le groupe cible à ce thème, des affiches et brochures sont mises à la disposition des hôpitaux et institutions d'enseignement.

Un premier aspect de la Semaine consiste en l'organisation d'un symposium de plusieurs jours sous le titre «Éviter l'évitable», où différents thèmes sont traités (annexe 6). Les groupes cibles visés sont les professionnels des soins de santé tels que les directions des hôpitaux, cadres, médecins, infirmiers, pharmaciens hospitaliers, coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients et toutes les personnes concernées par ces thèmes dans le secteur des soins. Les symposiums commencent d'abord par présenter un premier feed-back des résultats des rapports remis par les hôpitaux dans le cadre du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients». De plus, le symposium traite de sujets en veillant également à ce que les trois spécificités des hôpitaux soient traitées de façon équilibrée. Chaque année, l'accent est mis sur des sujets particuliers.

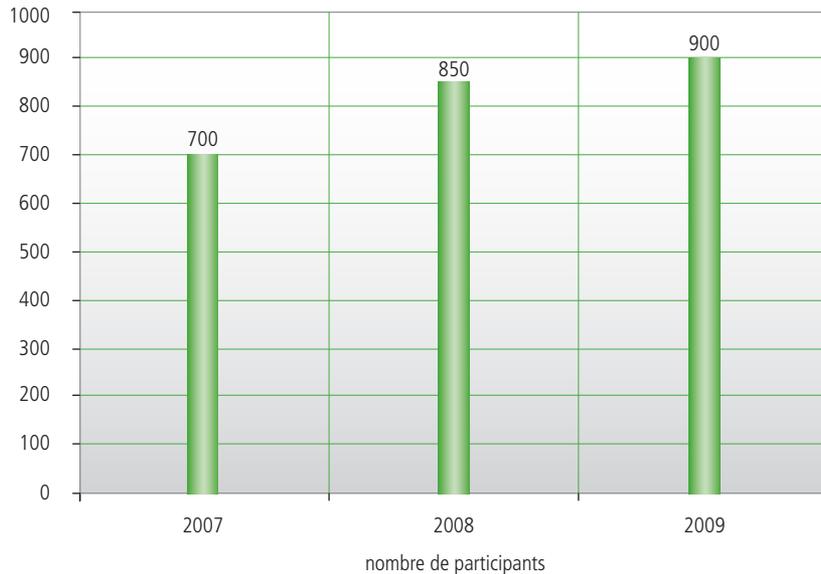
En 2008, une demi-journée a été organisée sous le titre «Boards on board» sur le rôle du management hospitalier dans la sécurité des patients. En 2009, quatre autres thématiques ont été abordées: la présentation du programme «Safe Surgery Saves Lives», la sécurité des médicaments et le rôle des infirmiers dans la sécurité des patients.

Un deuxième aspect de la Semaine pour la sécurité des patients concerne la possibilité pour les hôpitaux de présenter des projets spécifiques de sécurité des patients sous forme de posters. Les sessions posters ont été organisées en 2007 et 2009.

En troisième lieu, pour promouvoir la qualité et la sécurité des patients dans les hôpitaux durant la Semaine pour la sécurité des patients, l'autorité fédérale invite les hôpitaux à s'engager dans des campagnes sur des thèmes spécifiques sur la sécurité des patients. À l'initiative des institutions, ces campagnes prennent différentes formes: affichage pour des thèmes spécifiques, séminaires, etc.

La figure 3 montre l'évolution du nombre de participants à partir de 2007.

Figure 3: Nombre de participants aux symposiums «Éviter l'évitable» en 2007, 2008 et 2009



2.7. La stimulation et le soutien de réseaux hospitaliers

En automne 2008, les hôpitaux ont été interrogés sur les différentes formules de soutien et d'accompagnement attendues pour une bonne exécution du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients». Deux questions ont été posées:

1. Quels problèmes éprouvez-vous lors de la mise en oeuvre des piliers respectifs?
2. Indiquez quelles mesures de soutien sont nécessaires pour une bonne réalisation des piliers respectifs.

L'équipe QS a synthétisé l'information recueillie et a présenté les résultats aux hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp. Ceux-ci ont mis en évidence un besoin important de soutien et de coaching, et ont engendré la mise en place de cinq réseaux d'hôpitaux.

Dans la partie néerlandophone du pays, deux réseaux d'hôpitaux ont été créés: un pour les hôpitaux psychiatriques et un pour les hôpitaux Sp. Quant aux hôpitaux aigus, ils ont signalé qu'ils n'éprouvaient pas le besoin immédiat d'un réseau supplémentaire compte tenu des réseaux régionaux existants.

Dans la partie francophone du pays, deux réseaux ont été mis en place: un réseau d'hôpitaux aigus et Sp et un réseau d'hôpitaux psychiatriques (QualPsy).

Ces nouveaux réseaux ainsi que leurs activités sont décrits dans l'annexe 7.

Une évaluation chiffrée du fonctionnement des réseaux est actuellement impossible. On constate cependant que ces réseaux s'appuient sur une participation active des collaborateurs hospitaliers, qu'ils répondent à un besoin et qu'ils ont développé chacun une dynamique propre.

2.8. Le soutien d'un projet de Transfert Intra-Muros des patients

Les résultats de l'enquête sur la première mesure de la culture de la sécurité ont mis en évidence que le transfert des patients représentait pour de nombreux hôpitaux une période de risques pour ceux-ci⁴⁰. Le transfert intra-muros est un thème important dans les contrats «Coordination qualité et sécurité des patients» (piliers 1 et 2).

40 M. Haelterman, *La mesure de la culture de sécurité, de quoi s'agit-il et pourquoi?*, Mons, CREAS, 23 janvier 2009.

En mars 2009, une convention a été conclue entre le SPF SPSCAE et les trois Écoles de Santé Publique francophones respectivement de l'Université Catholique de Louvain (UCL), de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et de l'Université de Liège (ULg) dans le but d'apporter un soutien méthodologique concernant le Transfert Intra-Muros des patients (projet TIM).

Les objectifs principaux du projet TIM sont:

- à court terme: de recenser, d'analyser, de mesurer et d'améliorer un processus de transfert intra-muros de patients ainsi que les risques;
- à long terme: le développement et le test d'un modèle de gestion du transfert de patients et ensuite sa généralisation.

En première instance, 12 hôpitaux aigus ont été impliqués dans ce projet. Les hôpitaux participants ont ciblé différents transferts en fonction des unités donneuses et receveuses et ont constitué différents groupes:

- Groupe 1: transferts d'unités de soins vers un service technique (3 hôpitaux);
- Groupe 2: transferts d'unités de soins vers un service de réhabilitation (Sp) (4 hôpitaux);
- Groupe 3: transferts des soins intensifs vers l'unité de médecine (2 hôpitaux);
- Groupe 4: transferts des soins intensifs vers l'unité de chirurgie (3 hôpitaux).

Sur la base du plan en dix étapes basé sur le cycle PDCA du pilier 2 du contrat, dix jours de formation ont été organisés pour les infirmiers et médecins des unités donneuses (UD) et unités receveuses (UR) et pour la personne de référence TIM des douze hôpitaux impliqués.

Chaque journée a été organisée selon la même structure: des exposés sur une thématique nouvelle, du travail en groupe pour étudier l'opérationnalisation des connaissances apportées, enfin un partage des travaux réalisés au sein des hôpitaux entre les journées de formation-action. En fin de journée, un moment a été consacré à programmer les activités à mettre en place sur le terrain avant la journée de formation suivante et à évaluer la formation reçue.

La méthodologie suivie est décrite dans l'annexe n° 8.

Bien que les hôpitaux se sont engagés dans les dix phases. Celles-ci doivent encore être consolidées. Le processus de transfert intra-muros s'est avéré plus complexe que prévu. La mise en place de tableaux de bord, de procédures et de protocoles, ainsi que des recommandations se fait de manière progressive.

Certains hôpitaux se sont déjà engagés à un début de généralisation au sein de leur hôpital et/ou à approfondir des interventions clés.

Il est prévu ultérieurement d'informer les hôpitaux néerlandophones des recommandations générées par le réseau francophone «TIM».

ANNEXE 1

Relevé des workshops organisés en 2007

Thème:	Culture de sécurité des patients
Type de formation:	workshop
Nombre de sessions:	2 NL - 1 FR
Public cible:	directions hospitalières, coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients
Nombre de participants:	240
Dates:	NL: 7 novembre 2007, 5 octobre 2007 FR: 14 décembre 2007
Orateurs:	Johan Hellings, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk Ward Schrooten, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk Mark Etienne, AZ Sint-Augustinus, Wilrijk Brenda Droesbeke, AZ Sint-Blasius, Dendermonde Agnès Jacquerye, Hôpital Erasme, L'équipe QS Marius Laurent, CHU Tivoli, La Louvière Vinciane Doutreluingne, CHU Tivoli, La Louvière Hugues Michel, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles
Plus d'infos sur:	www.patient-safety.be/ contrat coordination qualité et sécurité des patients/plan de soutien/workshops

ANNEXE 2

Relevé des workshops organisés en 2008

Thème:	Culture de sécurité des patients: présentation des résultats de la mesure de la culture de sécurité des patients
Type de formation:	workshop
Nombre de sessions:	2 NL – 1 FR
Public cible:	directions hospitalières, coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients
Nombre de participants:	375
Dates:	NL: 4 et 10 juin 2008 FR: 12 juin 2008
Orateurs:	Christiaan Decoster, SPF SPSCAE Ward Schrooten, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk Johan Hellings, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk Dominique Gainvorste, SPF SPSCAE Bruno Monaco, CHU de Charleroi Hugues Michel, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles Marius Laurent, CHU Tivoli, La Louvière Sébastien Bartholomé, CH Tubize, Nivelles Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)
Plus d'infos sur:	www.patient-safety.be/ contrat coordination qualité et sécurité des patients/plan de soutien/workshops

ANNEXE 3

Relevé des workshops, journées d'étude et formations pratiques organisés en 2009

Thème	Culture de sécurité des patients	EFQM	Récolte, analyse et classification des événements indésirables	Méthodes d'analyse rétrospective
Type de formation:	workshop	workshop	journée d'étude	atelier pratique
Nombre de sessions:	1 NL – 1 FR	4 NL – 3 FR	1 NL – 1 FR	5 sessions parallèles NL 3 sessions parallèles FR
Public cible:	nouveaux hôpitaux participants au contrat 2008-2009	directions hospitalières	coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients	coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients
Nombre de participants:	22 hôpitaux (dont 21 nouveaux)	130 (70 %*)	180 (97 %*)	105 (57 %*)
Dates:	NL: 14 janvier 2009 FR: 23 janvier 2009	NL: 10, 11, 17 et 18 mars 2009 FR: 24, 26, 27 mars 2009	NL: 12 mai 2009 FR: 19 mai 2009	NL: 25 mai 2009 FR: 8 et 19 juin 2009
Orateurs:	Johan Hellings, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk	Erik De Schepper, Universiteit Antwerpen Management School	Margareta Haelterman, L'équipe QS-SPF	Bart Goossens, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout
	Ward Schrooten, Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk	Hugo Castelyn, AZ Sint-Blasius Dendermonde	Corine Steyvers, UZ Gent	Mechtild Hartmann, UZ Leuven
	Laurence Treccani, CHU de Charleroi	Hans Rigauts, AZ Sint-Jan Brugge	Luc Van Looy, GasthuisZusters Antwerpen, Wilrijk	Peter Osten, Belgisch Zeeinstituut voor Orthopedie, Oostende – L'équipe QS-SPF

Thème	Culture de sécurité des patients	EFQM	Récolte, analyse et classification des événements indésirables	Méthodes d'analyse rétrospective
	Thanh-Vu Nguyen, CHU de Charleroi	Delphine Morlot, CH du Luxembourg	Chrétien Haenen, Atrium Medisch Centrum Parkstad, Maastricht	Anja Braet, Brenda Droeskbeke, AZ Sint Blasius, Dendermonde
		Nathalie Zandecki, CHU Charleroi	Gauthier Desuter, Cliniques Universitaires St Luc, Bruxelles	Ann Van de Velde, O.L.Vrouw, Aalst
		Françoise Romano-Giro et Stéphanie Blaise, Clinique Dr E.Bohler, Luxembourg	Aurore Mayeux et Guy Clynckemaillie, CHwapi, Tournai	Patrick van Daele, Imelda Ziekenhuis, Bonheiden
			Anne-Sophie Nyssen, Faculté de Psychologie, Liège	Tilly Postelmans, Ziekenhuizen Oost-Limburg, Genk
			Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)	Mark Etienne, GasthuisZusters Antwerpen, Wilrijk
				Anne-Sophie Nyssen, Faculté de Psychologie, Liège
				Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)
Plus d'infos sur:	www.patient-safety.be/ contrat coordination qualité et sécurité des patients/plan de soutien/workshops			

(*): % sur la base du nombre d'hôpitaux participants au contrat 2008-2009.

ANNEXE 4

Relevé des workshops organisés en 2010 (y compris juin 2010)

Thème	Taxonomie	PRISMA
Type de formation:	workshop	workshop
Nombre de sessions:	3 NL – 2 FR	4 NL – 3FR
Public cible:	coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients	coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients
Nombre de participants:	191	179
Dates:	NL: 28 janvier, 10 et 24 février 2010 FR: 28 janvier et 10 février 2010	NL: 10 mars, 29 avril, 12 mai, 3 juin 2010 FR: 9, 11 et 15 juin 2010
Orateurs:	Luc Van Looy, GZA Antwerpen	Anja Braet, AZ Sint-Blasius, Dendermonde
	Anja Braet, AZ Sint-Blasius, Dendermonde	Thijs Nelis, Jessa Ziekenhuis, Hasselt
	Mark Etienne, GZA, Antwerpen	Mark Etienne, GZA, Antwerpen
	Patrick Van Daele, Imeldaziekenhuis, Bonheiden	Marius Laurent, CHU Tivoli, La Louvière
	Thijs Nelis, Jessa Ziekenhuis, Hasselt	Bruno Krug, Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne, Yvoir
	Marius Laurent, CHU Tivoli, La Louvière	Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)
	David Sauwens, L'équipe QS-SPF	Carine De Leeuw, CH Jean Titeca Bruxelles
	N. Belghezi, CHU de Mons	Dominique Putzeys, CHR de la Citadelle, Liège
	Dominique Gainvorste, CHP de Mons	Bernard Hermand, Centre Neurologique William Lennox, Ottignies
	Corinne Courtois, Bernard Hermand, Centre Neurologique William Lennox, Ottignies	
Plus d'infos sur:	www.patient-safety.be/ contrat coordination qualité et sécurité des patients/plan de soutien/workshops	

ANNEXE 5

Brève description du cadre conceptuel de l'ICPS

L'ICPS (International Classification for Patient Safety) est un cadre conceptuel comprenant 10 grandes classes, 48 concepts clés et environ 700 intitulés. Une classification d'un incident n'a pas toujours de sens et n'est certainement pas toujours nécessaire. Pour cette raison, l'autorité fédérale a déterminé un ensemble de données minimal demandant de traiter 4 (des 10) classes.

Chaque mesure d'incident doit comprendre au moins les classes suivantes:

- A: Type d'incident (12 concepts clés avec la division problème/processus par concept)
 - D: Caractéristiques d'incident (lieu de l'incident)
 - B: Conséquences pour le patient (taux de gravité)
 - H: Conséquences pour l'organisation (7 concepts clés)
- Ensemble minimal de données**

Les autres classes de la taxonomie peuvent être enregistrées par les hôpitaux sur une base facultative. Il s'agit des classes suivantes:

- C. Caractéristiques de patient
 - E. Facteurs renforçants
 - F. Facteurs atténuants
 - G. Détection
 - I. Actions d'amélioration
 - J. Actions de limitation des risques
- Classes facultatives**

ANNEXE 6

Relevé des thèmes des symposiums organisés en 2007, 2008 et 2009

Symposium 'Eviter l'évitable'			
Année:	2007	2008	2009
Dates:	22, 23 et 24 octobre 2007	6 et 7 novembre 2008	17 et 18 novembre 2009
Nombre de participants:	700	850	900
Thèmes:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sécurité des patients : politique internationale 2. Sécurité des patients : politique nationale 3. Sécurité des médicaments 4. Hygiène hospitalière 5. Sécurité des patients et les soins: théorie et pratique 6. Législation "no fault" 7. Indicateurs et instruments pour la sécurité des patients 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Boards on board: Le rôle du management hospitalier dans la sécurité des patients 2. La sécurité des patients en action 3. La sécurité des patients: aussi dans les hôpitaux psychiatriques 4. Le circuit du médicament: un chemin à sécuriser 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La sécurité des patients dans les hôpitaux belges : rapportage et expériences 2. Safe Surgery, Saves Lives 3. La sécurité du médicament 4. Le rôle des infirmiers dans la sécurité des patients
Posters:	30	Pas de session poster	22
Plus d'infos sur:	www.patient-safety.be/semaine pour la sécurité des patients		

ANNEXE 7

Descriptions et activités des réseaux

1. Réseau néerlandophone pour les hôpitaux psychiatriques

Différentes formules de soutien et d'accompagnement sont attendues pour une bonne exécution du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients». Sur la base des avis des hôpitaux concernant les différentes formules de soutien et d'accompagnement, les besoins ont été classés par les hôpitaux psychiatriques selon 7 priorités:

- Priorité 1: Comment intégrer un SGS dans le système de qualité existant?
- Priorité 2: Comment intégrer les risques dans les processus de soins existants?
- Priorité 3: Exemples de systèmes de signalement des événements indésirables et modalités d'amélioration.
- Priorité 4: Comment améliorer la culture de la sécurité?
- Priorité 5: Comment susciter une réflexion sur les processus dans l'hôpital?
- Priorité 6: Exemples concrets de processus de soins.
- Priorité 7: Exemple d'une cartographie d'indicateurs.

Chaque réunion avait pour thème une des priorités mentionnées ci-dessus. Dans la phase initiale, le contenu a été conçu en grande partie par l'équipe QS. Puis, selon le principe «Apprendre l'un de l'autre», les hôpitaux ont présenté leurs propres projets. Ainsi, cinq hôpitaux ont été disposés à faire une présentation lors des réunions (voir tableau). À chaque session, la réunion s'est clôturée par un débat interactif sur les processus de soins en psychiatrie.

Programme de la réunion de travail au sujet des processus de soins (priorité 6)

PZ Heilige Familie Kortrijk	processus (guidelines) avec QPR
PC OLV van Vrede Menen	processus en psychiatrie
PC Sint Jozef Pittem	syndrome métabolique
PZ OLV Brugge	syndrome métabolique
PC Sint-Jan Baptist	procédure de mutation et formulaire
OPZC Rekem	débat interactif sur les processus en psychiatrie

À partir de 2010, les thèmes ont été choisis en concertation avec les hôpitaux psychiatriques. En juin 2010, par exemple, la réunion du réseau a été consacrée à l'application de la taxonomie en psychiatrie.

Ce réseau se réunit trois à quatre fois par an.

Des informations supplémentaires au sujet de ce réseau sont disponibles auprès des collaborateurs de l'équipe QS ou via qs@health.fgov.be.

2. Réseau néerlandophone pour les hôpitaux Sp

La méthode de travail et la méthodologie suivies par le réseau néerlandophone pour les hôpitaux Sp ressemblent beaucoup à celles suivies par les hôpitaux psychiatriques. La liste de priorités a légèrement varié.

- Priorité 1: Comment intégrer un SGS dans le système de qualité existant?
- Priorité 2: Exemples de systèmes de signalement des événements indésirables et modalités d'amélioration.
- Priorité 3: Comment repérer les risques dans les processus de soins existants?
- Priorité 4: Exemple d'une cartographie d'indicateurs.
- Priorité 5: Comment susciter une réflexion sur les processus dans l'hôpital?
- Priorité 6: Comment améliorer la culture de sécurité?
- Priorité 7: Exemples concrets de processus de soins.

À partir de 2010, les thèmes sont déterminés en concertation avec les hôpitaux Sp. La dernière réunion (juin 2010) était, par exemple, consacrée au développement d'un ensemble d'indicateurs multidimensionnels pour les hôpitaux Sp.

Ce réseau se réunit trois à quatre fois par an.

Des informations supplémentaires au sujet de ce réseau sont disponibles auprès des collaborateurs de l'équipe QS ou via qs@health.fgov.be.

3. Réseau francophone des hôpitaux aigus et Sp

Le réseau francophone des hôpitaux «aigus» et «Sp» a été créé en mars 2009 et mis en place par des coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients, avec le soutien logistique de l'équipe QS. Ce réseau est coordonné par deux membres de ce réseau. L'affiliation au réseau se fait sur une base volontaire et sur simple

demande. Il se réunit tous les deux mois. En juin 2010, 19 hôpitaux francophones étaient impliqués.

Ce réseau a formulé la mission suivante: *«une structure volontaire, interhospitalière et transversale qui permet de partager l'expérience, l'information et les outils relatifs à la conduite des actions prioritaires qui découlent du contrat "Coordination qualité et sécurité des patients"».*

La vision de ce réseau est la mise en place et le maintien d'une dynamique de partage d'expériences et de développement de compétences, à disposition des institutions hospitalières.

Les pistes suivies dans cette optique sont d'optimiser conjointement les structures organisationnelles, les approches méthodologiques, les processus et outils, et de les formaliser dans des documents spécifiques et/ou de référence.

Des informations supplémentaires au sujet de ce réseau sont disponibles sur <http://sites.google.com/site/reseauaigusp/>.

4. Réseau francophone d'hôpitaux psychiatriques (QualPsy)

L'intitulé «QualPsy» identifie le réseau des coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients des hôpitaux psychiatriques francophones. Il reçoit également le soutien logistique de l'équipe QS. Il est aussi coordonné par quelques membres. Ce réseau se réunit neuf journées complètes par an. Le président est élu chaque année par tous les membres. Le fonctionnement de ce réseau est décrit dans le règlement d'intérieur.

Les objectifs suivants ont été formulés par ce réseau:

- aider ses membres à répondre aux attendus du contrat signé par leur établissement et le SPF SPSCAE;
- communautariser les méthodologies qualité relatives aux trois piliers du contrat «Coordination qualité et sécurité des patients»;
- penser et proposer des axes de travail pour l'évolution de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients spécifiquement adaptée aux soins psychiatriques;
- devenir un groupe auto-apprenant dans le domaine spécifique de la qualité en soins psychiatriques;
- développer un partenariat avec l'équipe QS.

Des informations supplémentaires au sujet de ce réseau sont disponibles auprès de: Eric Pierrard (eric.pierrard@fracarita.org) ou Patrice Collodoro (p.collodoro@isosl.be).

ANNEXE 8

Méthodologie de la formation TIM

- Phase 1:
application de la méthode QQOCQP (Quoi, Qui, Où, Comment, Quand, Pourquoi), aussi bien par les unités donneuses que par les unités de receveuses et que pendant le transfert.
- Phase 2:
analyse des processus actuels et rédaction d'une checkliste pour concrétiser les besoins entre deux unités de transfert.
- Phase 3:
sélection d'indicateurs et réalisation d'une première mesure.
- Phase 4:
interviewer les membres du personnel et les patients pour impliquer tous les acteurs dans le projet et pour avoir une meilleure vision des éléments clés qui sont importants pour le transfert.
- Phase 5:
compléter l'information obtenue par une étude de la littérature; rédaction d'une convention entre les services.
- Phase 6:
détermination des interventions clés pour soutenir les hôpitaux dans l'implémentation des conventions, protocoles et recommandations. Cette approche a été appuyée pendant les journées de formation par des expériences internationales (Invitation du Dr J.M. Guérin, Hôpital Lariboisière, Paris).
- Phase 7:
révision des interventions clés et première discussion sur l'implémentation des tableaux de bord.
- Phase 8:
évaluation et consolidation des projets dans chaque institution impliquée.
- Phase 9:
gestion du changement menée par M. Patrice Gobert, psychologue de travail et professeur «People Management».
- Phase 10:
application des protocoles, procédures et recommandations développés, et généralisation de la procédure TIM.

Méthodologie par phase

Etapes	Unité donneuse (UD)	Transfert	Unité receveuse (UR)
1	<ul style="list-style-type: none"> • QQOCQP • Analyse processus actuel • Décision – planification – préparation 	<ul style="list-style-type: none"> • QQOCQP • Analyse processus actuel 	<ul style="list-style-type: none"> • QQOCQP • Analyse processus actuel • Réception – demande – planification – préparation
2	<ul style="list-style-type: none"> • Checkliste • Dossier patient • Prise en charge clinique • Information patient, etc. • Hôtellerie • Administration • Organisation • 1^{er} test 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse des besoins UD et UR et transport pour que le patient soit transféré et pris en charge de façon optimale (efficacité et sécurité) • Document de transmission et de traçabilité • 1^{er} test 	<ul style="list-style-type: none"> • Checkliste • Dossier patient • Prise en charge clinique • Hôtellerie • Administration • Organisation • 1^{er} test
3	<ul style="list-style-type: none"> • Identification d'indicateurs • Test des indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification d'indicateurs • Test des indicateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification d'indicateurs • Test des indicateurs
4	<ul style="list-style-type: none"> • Voix du personnel et du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Voix du personnel et du patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Voix du personnel et du patient
5		<ul style="list-style-type: none"> • Convention entre services • Indicateurs principaux 	
6	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions clés 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions clés
7	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions clés • Tableaux de bord 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions clés • Tableaux de bord 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions clés • Tableaux de bord
8	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan de la situation • Consolidation 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan de la situation • Consolidation 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan de la situation • Consolidation
9	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du changement 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du changement 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du changement
10	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures/ Protocoles • Recommandations 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures/ Protocoles • Recommandations 	<ul style="list-style-type: none"> • Procédures/ Protocoles • Recommandations

CHAPITRE 5. ORIENTATIONS POUR L'AVENIR

Comme indiqué dans le rapport «Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2008», le SPF SPSCAE estime qu'il est important que les hôpitaux soient informés des orientations stratégiques auxquelles l'autorité fédérale aspire sur le plan de la qualité et de la sécurité des patients. Dans ce contexte, les visions à court et à long terme sont toutes deux importantes. En tant qu'autorité responsable du financement des soins et, dès lors, de la justification sociale des ressources disponibles, l'autorité fédérale a tout intérêt à encourager la stimulation de soins sécuritaires et de qualité dans les hôpitaux. Bien que l'Eurobaromètre de la Communauté européenne indique que la population belge est très satisfaite des soins procurés, nombre de données et rapports indiquent qu'il reste un potentiel d'amélioration important en matière de qualité et de sécurité des patients dans les hôpitaux belges.

Globalement, il apparaît inévitable que les objectifs à atteindre en matière de qualité et sécurité des patients imposés à l'avenir aux hôpitaux par l'autorité fédérale soient de plus en plus contraignants. L'autorité fédérale se base sur le principe du «mesurer, c'est savoir», mais est d'avis que l'aspect «mesurer» n'entre pas encore suffisamment en ligne de compte dans les hôpitaux belges. Ceci signifie que, d'une part, les hôpitaux devront rapidement et mieux s'organiser dans le but d'atteindre ces objectifs et que, d'autre part, les attentes en matière de qualité et de sécurité des patients seront plus précises. L'importance de l'utilisation d'indicateurs valides ne peut être suffisamment soulignée. C'est pourquoi l'autorité veut présenter aux hôpitaux, dans un délai de cinq ans, un set national d'indicateurs qui comprendrait un nombre limité d'indicateurs essentiels pour la qualité et la sécurité des patients. À la lumière de ces objectifs, le principe du «pay for quality» semble une évolution logique ou, en d'autres termes, «no quality, no pay». Ceci suppose que l'hôpital installe des structures adaptées (comités) et réoriente ses fonctions dans le but d'optimiser la qualité et la sécurité des patients. Les processus devront aussi être rationalisés en introduisant ou en consolidant des itinéraires cliniques (transmuraux). Enfin, l'autorité devra soutenir ces évolutions par une informatisation adaptée et un soutien méthodologique.

L'autorité voit quatre fondements pour une politique hospitalière performante, à savoir: l'orientation client, l'innovation, l'entrepreneuriat/sens de l'initiative et la collaboration et/ou création de réseaux. Dans le premier rap-

port de cette série (2008), l'autorité fédérale a déjà expliqué ces notions. Dans ce second tome, elle fait un pas en avant et présente quelques nouvelles orientations stratégiques, à la lumière de ces quatre fondements et en fonction des trois piliers du contrat (SGS, processus et indicateurs).

1. ORIENTATION CLIENT

En ce qui concerne le premier fondement (orientation client), l'autorité veut que plus d'attention soit prêtée aux mesures prises dans le cadre de la sécurité des patients et de la communication envers le patient. Bien sûr, certains hôpitaux ont déjà pris des initiatives, par exemple en munissant chaque patient d'un bracelet d'identification à l'admission ou en utilisant une checklist spécifique lors de chaque intervention chirurgicale. Le premier pilier (SGS) sera une des premières bases dans les années à venir. En matière de soins, l'aspect communication constitue indéniablement un facteur facilitant pour la sécurité des patients. Il pourrait donc aussi être demandé aux patients de prêter eux-mêmes attention aux aspects de la sécurité des patients et de communiquer leurs doutes et questions au personnel.

Pour le deuxième pilier (processus), une attention particulière portera sur l'éducation des patients dans les hôpitaux. En effet, une bonne transmission de l'information aux patients (clients) sous forme d'une éducation des patients devient primordiale en raison de l'évolution des comportements sociétaux de la patientèle. Une croissance rapide du groupe de malades chroniques, comme les patients atteints de diabète, d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, de BPCO ou d'asthme, demande une offre d'éducation individualisée. Autre évolution: l'Internet, que les patients «consultent» de plus en plus facilement pour rechercher des informations sur leur maladie – ou celle d'un membre de leur famille, un comportement qui doit encourager l'hôpital à donner une information scientifique correcte. Dans ce contexte, l'aspect «empowerment» – inciter les patients à participer de façon optimale dans le processus des soins et du traitement – est très important. À l'avenir, il sera demandé à l'hôpital d'évaluer la façon de répondre aux besoins d'information des différents groupes de patients. Afin de répondre à cette exigence, des processus (de soins) devront être revus (pilier 2) et il faudra prévoir des indicateurs liés aux patients (pilier 3).

2. INNOVATION

Un deuxième fondement (innovation) signifie pour le pilier 1 (SGS) que le plan de sécurité des patients devra être implémenté pas à pas et évalué dans les années à venir. Il est important que les hôpitaux apprennent à analyser rétros-

pectivement et proactivement les incidents et presque incidents sur la base de la taxonomie de l'OMS, et qu'ils y associent des objectifs d'amélioration. Pour 2012, chaque hôpital devrait pouvoir disposer d'un plan de sécurité des patients intégré. Concernant l'innovation dans le deuxième pilier (processus), il sera investi davantage dans l'amélioration des processus, aussi bien cliniques que ceux liés aux transferts de patients. Les soins transmuraux seront également un point important à l'ordre du jour de l'autorité fédérale. Dans le troisième pilier, l'attention portera sur le développement d'un set multidimensionnel d'indicateurs. Le SPF SPSCAE présentera aux hôpitaux cet ensemble d'indicateurs, fil conducteur pour le développement d'un ensemble d'indicateurs propre à l'institution. À l'avenir, il sera de plus en plus important de prévoir de véritables chiffres cibles pour un nombre d'indicateurs et de rendre les résultats de ces indicateurs accessibles à un public plus large.

3. ENTREPRENEURIAT/SENS DE L'INITIATIVE

Dans le futur, l'informatisation constituera un aspect important des soins de santé. Dans cette optique et pour le pilier 1, le SPF SPSCAE aspire à implémenter un système de sécurité des patients électronique intégré. Pour le pilier 2, l'autorité se penchera sur l'opportunité d'une accréditation, attribuée ou non par une institution nationale ou internationale. Selon cette perspective, il est important que les directions des hôpitaux prouvent davantage leur implication en matière de qualité et de sécurité des patients, en développant un leadership, et en (ré)orientant leurs plans stratégiques en fonction. À l'avenir, l'autorité fédérale veut prendre des initiatives pour accroître l'engagement des directions dans la qualité et la sécurité des patients. Pour le pilier 3, l'entrepreneuriat/le sens de l'initiative signifie qu'il sera évalué comment un hôpital réussit à implémenter un set multidimensionnel d'indicateurs et ce, à tous les niveaux de l'organisation. Ici aussi, l'engagement des directions est d'une importance capitale étant donné qu'elles doivent convertir la vision et la stratégie en indicateurs multidimensionnels mesurables.

4. COLLABORATION/RÉSEAUX

Le leadership, bien qu'important pour tous les piliers du contrat, est intentionnellement avancé comme le fondement d'une politique hospitalière performante qui investit dans la collaboration et les réseaux. Une politique sera bénéfique pour la sécurité des patients, pour la qualité des processus de soins spécifiques et au développement d'indicateurs. Plus que jamais, l'on devra à l'avenir investir dans les processus de soins transmuraux et dans le développement d'indicateurs y afférents. On ne pourra parler de soins intégrés que

si tous les partenaires des soins de santé, c'est-à-dire la première et la seconde ligne, réussissent à organiser des soins de qualité dans un modèle de soins complémentaire.

	SGS	PROCESSUS	INDICATEURS
ORIENTATION CLIENT	Orientation patient, communication et directives	Education des patients	Développement d'indicateurs en lien avec les patients
INNOVATION	Implémentation d'un plan pour la sécurité des patients Analyses rétrospectives et proactives des incidents	Amélioration de processus de soins et de transfert	Développement d'un set d'indicateurs multidimensionnels
ENTREPRENEURIAT/SENS DE L'INITIATIVE	Informatisation	Accréditation	Implémentation d'un set d'indicateurs multidimensionnels
COLLABORATION/RESEAUX	Leadership	Développement de processus de soins transmuraux	Développement d'indicateurs trans-muraux

RELEVÉ DES GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUÉS EN DATE DU 1^{er} JUIN 2010

Membres de la Commission d'accompagnement pour la performance hospitalière

M. Casteleyn Hugo
Dr Aelvoet Willem
M. De Bakker Bert
M. Decoster Christiaan
Prof. Dr De Coster Patrick
Prof. Dr De Wever Alain
Prof. Dr Désir Daniel
Prof. Dr Durant Guy
Prof. Dr Gillet Pierre
Dr Haelterman Margareta
Prof. Dr Kips Johan
Mme Ouraghi Samira
M. Renaut Jean-Claude
Dr Rigauts Hans
Dr Vermeyen Karel

Membres du groupe de travail fédéral Sécurité des patients

Dr de Bethune Xavier
M. Bruyneel Patrick
Mme Courtois Corinne
M. De Greef Johan
Mme Delgaudine Marie
Prof. Dr Desuter Gauthier
M. Etienne Mark
Dr Fivez Firmin
Prof. Dr Gillet Pierre
M. Happe Christophe
Prof. Dr Heller Francis
Dr Hellings Johan
Dr Laurent Marius

M. Meyers Ludo
Prof. Dr Robays Hugo
Mme Somers Annemie
Dr Van Looy Luc

Membres du groupe de travail Taxonomie

M. Aerts Koen
Dr Bassleer Bernard
Dr Beeckman Nele
Dr Braet Anja
Dr de Béthune Xavier
M. Etienne Mark
Dr Gilson Patrick
M. Goossens Bart
M. Hermand Bernard
Dr Laurent Marius
M. Nelis Thijs
Mme Postelmans Tilly
Mme Schollaert Anneleen
Dr Schrooten Ward
M. Staes Tom
M. Van Daele Patrick
Dr Van de Candelaere Stefan
Mme Van de Velde Ann
Dr Van Looy Luc
Dr Vandenbosch Kristel