

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PATIENTS DANS LES HÔPITAUX BELGES EN 2010

*Rapport sur le contrat « coordination qualité et sécurité
des patients 2009-2010 »*

**Direction générale Organisation des Établissements de Soins
Service des Soins aigus, Chroniques et aux Personnes âgées**

Liesbeth Borgermans
Christiaan Decoster
Mark Etienne
Margareta Haelterman
Agnès Jacquerye
Stéphanie Maquoi
Peter Osten
Hilde Peleman
David Sauwens
Louiza Van Lerberghe

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 ;
- le groupe de travail fédéral Sécurité des patients ;
- le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière ;
- le Réseau des Comités médico-pharmaceutiques ;
- le groupe de travail Taxonomie ;
- la cellule « Infirmier », la cellule « Reporting et support » du service « Data management » et le service « 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*

© 2012 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/2011/2196/24
BP/PATIENF-BI 12001

TABLE DES MATIÈRES

EXECUTIVE SUMMARY	7
RÉSUMÉ	13
AVANT-PROPOS	21
INTRODUCTION	23
CHAPITRE 1. PILIER 1 : LE DÉVELOPPEMENT ET L'IMPLÉMENTATION D'UN SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ	25
1. INTRODUCTION	27
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	27
2.1. L'« International Classification for Patient Safety » (ICPS) – taxonomie de l'OMS	29
2.2. Analyse rétrospective des incidents	30
2.3. Le modèle d'exportation XML	31
3. RÉSULTATS	32
3.1. Résultats des activités de rattrapage des hôpitaux : mesure de la culture de sécurité des patients et plan pluriannuel	33
3.2. Nombre et nature des systèmes de rapportage et d'apprentissage	34
3.3. L'utilisation de l'ensemble minimum de données de la taxonomie	40
3.4. Intégration du modèle d'exportation XML	43
3.5. Méthodes d'analyse rétrospective	44
3.6. Formulaire de notification	48
3.7. Actions d'amélioration	48
4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE CONTRAT (2007-2008) ET DE LA TROISIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2009-2010)	51

5. DISCUSSION	52
ANNEXE 1	57
ANNEXE 2	59
CHAPITRE 2. PILIER 2 : ANALYSE ET (RE)DÉVELOPPEMENT D'UN PROCESSUS INTRAMURAL	61
1. INTRODUCTION	64
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	64
2.1. Définitions	64
2.2. Processus d'amélioration sélectionnés	65
2.3. La constitution d'une équipe multidisciplinaire	66
2.4. L'utilisation des Service Level Agreements	67
2.5. Le plan en dix étapes	67
2.6. Les indicateurs	68
2.7. Les interventions clés	68
3. RÉSULTATS	68
3.1. Les processus d'amélioration sélectionnés	69
3.2. Caractéristiques des processus d'amélioration	75
3.3. Indicateurs	81
3.4. Les interventions clés	87
4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE LA DEUXIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2008-2009) ET DE LA TROISIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2009-2010)	90
5. DISCUSSION	92
CHAPITRE 3. PILIER 3 : INDICATEURS	95
1. INTRODUCTION	97
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	97
2.1. Définition de la qualité, de la sécurité des patients et des indicateurs	97
2.2. Méthode de collecte des données	97
2.3. Méthode de traitement des données	98
3. RÉSULTATS	99
3.1. Taux de réponse	99

3.2. Nombre d'indicateurs sélectionnés par les hôpitaux	99
3.3. Usage fait des indicateurs	100
3.4. Indicateurs « suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration »	103
4. DISCUSSION	127
CHAPITRE 4.	
PLAN D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN	129
1. INTRODUCTION	130
2. WORKSHOPS	131
2.1. Workshops sur les analyses rétrospectives	131
2.2. Workshops sur la taxonomie et XML	132
2.3. Workshops sur la mesure de la culture de sécurité des patients	132
3. L'ENCOURAGEMENT ET LE SOUTIEN DE RÉSEAUX HOSPITALIERS	132
4. PRÉSENTATION DES FORMATIONS EXTERNES	133
5. LA STIMULATION DE L'INTERACTION AVEC LES HÔPITAUX	133
6. LA MISE À LA DISPOSITION DE DOCUMENTS DE RAPPORTAGE POUR LES HÔPITAUX	134
7. LE SITE WEB	134
8. SEMAINE ET SYMPOSIUM SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS	135
9. LE SOUTIEN D'UN PROJET DE TRANSFERT INTRA-MUROS DES PATIENTS	136
10. HELPDESK POUR LA TAXONOMIE	137
11. FEEDBACK DES RÉSULTATS ISSUS DES RAPPORTS REMIS PAR LES HÔPITAUX	138
ANNEXE 1	139
ANNEXE 2	141
ANNEXE 3	144

CHAPITRE 5.	
ORIENTATIONS POUR L'AVENIR	147
RELEVÉ DES GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUÉS EN DATE DU 1 ^{er} JUIN 2011	151

EXECUTIVE SUMMARY

In order to progressively promote and support the coordination of quality and patient safety in Belgian hospitals, an additional funding was approved under part B4 of the hospitals' financial budget since July 2007. For the contract year 2009-2010 a budget of 7,2 million euro was involved. In the contract year 2009-2010, 91 % (n = 181) of the acute, psychiatric and long term care hospitals signed a contract and committed themselves to improve quality and patient safety. These improvement actions are structured around three pillars, i.e. a patient safety management system, intramural processes and indicators. The three pillars are the basis of a long-range plan to which new elements are added year after year to be developed by the hospitals.

After an introductory chapter, three chapters describe the results for each pillar. These are based on the reports that were submitted by the hospitals for the 2009-2010 contract. In a fourth chapter, we describe the support plan that is offered to the hospitals. Finally, we explain the future quality and patient safety orientations that will be developed by the federal service of health.

Chapter 1. Safety management system

For the first pillar on the safety management system, the hospitals were asked to do four elements:

- the development or description of an incident and near-incident reporting and learning system;
- analyzing five different incidents or near-incidents according to a retrospective analysis method and giving a description of the proposed improvement actions and formulated recommendations;
- classifying these five analyzed incidents according to the "International Classification for Patient Safety" (taxonomy) of the WHO, using and encoding at least the classes: type and characteristics of the incident and consequences for patient and organization (minimal dataset);
- adding a blank copy of all notification forms used in the institution.

The hospitals are stimulated to integrate the XML-exporting model as proposed by the federal authority in the electronic reporting and learning system for incidents and near-incidents.

The results of this first pillar indicated that 168 out of 178 hospitals (94%) that submitted a report have a reporting and learning system for incidents and near-incidents. It is not clear whether this concerns a hospital wide system in all of the cases. Almost all hospital staff can make a report. Patients are allowed to report themselves in 10% of the hospitals only.

Not all the hospitals have yet fully integrated the requested minimal dataset from the taxonomy.

PRISMA is the retrospective analysis method mostly used (64%).

The incidents that were most frequently subject to analysis were about: medication/IV liquids (28%), patient accidents (17%), care process/procedure (16%) and staff/patient behaviour (13%). 6% of the analyzed incidents dealt with a 'wrong patient'.

In 3 out of 4 of the analyzed incidents, there were one or more consequences for the institution.

Improvement actions that were initiated as a result of an incident were mostly about medication and procedures, protocols or recommendations. In 10% of the improvement actions, additional training for staff were provided for.

Analyzed incidents were communicated to one or more care providers in almost all of the cases. In spite of the fact that 1 out of 4 analyzed incidents are about medication, relatively few analysed incidents were communicated to the hospital pharmacist and the medical-pharmaceutical committee.

The analysis of an incident has never been discussed with or communicated to the patients.

In comparison to the former contract years a positive evolution is to be noted in reporting and analyzing incidents and near-incidents: almost all of the hospital staff can make a notification and more knowledge was developed on retrospective analysis methods.

Chapter 2. Analysis and (re)development of an intramural process

In this chapter, which was based on 'pillar 2', (re)development of an intramural process, hospitals were asked to develop five elements:

- the selection of an existing or new process from a predefined list. *Acute hospitals* could choose from a list including four 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 that represents a high volume

of available data, d) an intramural improvement process initiated after a retrospective incident analysis from pillar 1. *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 2008, d) an intramural process on patient transfer, e) an intramural improvement process initiated after a retrospective incident analysis from pillar 1. *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 2008, b) an intramural process on patient transfer, c) an intramural improvement process initiated after a retrospective incident analysis from pillar 1.

- to indicate if for the aforementioned 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'.

Out of the 178 hospitals that submitted a report, 3 hospitals did not report on pillar 2. In total, 175 intramural improvement processes were described, of which 62 % were intramural care processes, 30 % is about intramural transfer, mainly intramural transfer within one and the same hospital or site, and 8 % of the improvement processes were initiated as a result of an analyzed incident from pillar 1.

The most frequently chosen pathologies in the *acute* hospitals are: CVA, breast carcinoma, total hip prosthesis and congestive heart failure. 4 out of 10 of the submitted improvement processes as a result of an incident analysis from pillar 1 are about medication and patient identification.

60 % of the intramural care processes from the *psychiatric hospitals* dealt with strategic priorities of the institution targeting metabolic syndrome, isolation policy and medication distribution. The intramural care processes on aggression were mainly about the management of aggression and taking care of staff after an aggression related incident.

30 % of the intramural care processes from the *long term care hospitals* were about pathologies with a large number of hospital admissions in 2008, such as total knee prosthesis and total hip prosthesis. 70 % of the intramural care pro-

cesses for which an improvement process was established were about themes like the quality of meals, patient satisfaction and tube feeding. The intramural improvement actions as a result of an incident analysis were mostly about medication (2 out of 3).

For 98 % of the submitted improvement processes, a *multidisciplinary team* was formed. No particular differences were noted between the three hospital types.

For almost 1 out of 3 submitted improvement processes *Service Level Agreements (SLA)* were concluded. For 42 % of the improvement processes (73/175) the requested *10-steps plan* was followed up to the phase of consolidation. Improvement processes that did not reach the consolidation phase are rather complex processes (such as intramural transfer processes, CVA, metabolic syndrome and medication).

A broadening of the themes for which improvement processes are formulated is to be noted in acute, psychiatric as well as in long term care hospitals. More attention is given to a number of critical care processes such as the implementation of the Safe Surgery Checklist in the operation room.

For the 175 submitted improvement processes, a total of 979 *indicators* were formulated. For 95 % of the submitted improvement processes at least 1 indicator was formulated. More than half of the hospitals formulated 5 indicators per improvement process. The formulated indicators were almost all clinical process indicators.

One out of 5 of the submitted indicators can be considered as a real indicator that was made sufficiently explicit and/or for which both a numerator and a denominator were formulated. The indicators from the psychiatric hospitals comparatively correspond most to the definition of a real indicator.

For 24 % of the improvement processes (25/103) from the *acute hospitals*, indicators were formulated that correspond to the criteria of a good indicator. In *psychiatric hospitals* this is the case for 32 % of the improvement processes, in *long term care hospitals* for 40 % of the improvement processes (6 out of 15).

For the 175 submitted improvement processes, a total of 904 *key interventions* were determined.

Chapter 3. Indicators

For the third pillar concerning indicators the hospitals were asked to verify, on the basis of the indicators listed in the cartography of the former contract year (2008-2009), whether or not these indicators were still used and, if so, to which purpose (quality consolidation or monitoring and follow-up of improvement actions). For the indicators used for the follow-up of improvement actions (target not achieved and/or problem), they were subsequently asked to determine the indicator (numerator, denominator), to indicate the target figure, to specify the hospital staff responsible for each indicator, to indicate to whom the results are communicated and the frequency of the formal communication.

98 % of the participating hospitals reported on pillar 3. 31 % of the initially determined indicators for the contract year 2008-2009 were not maintained in contract year 2009-2010. The average number of indicators per hospital is 67 (median = 60). 75 % of the indicators are used for following up on the quality and patient safety policy. Most of the hospitals use up to 43 indicators for that purpose, 1 out of 4 hospitals use 69 indicators and 18 hospitals use over 100 indicators for following up the quality and patient safety policy. 25 % of the indicators are used for following up improvement actions. Most of the hospitals use 12 indicators at the most for that purpose.

Hospital staff responsible for the indicators that monitor improvement actions are mostly the quality coordinator or the patient safety manager (12 %), the head of the nursing department (8 %), the chief medical officer (7 %), the head nurse and/or middle management (7 %) or the physician (7 %).

40 % of the feedback given on indicators is provided on a yearly basis, in 26 % of the cases this happens every 2 to 4 months, and in 13 % of the cases it is done on a half-year basis. This feedback mostly addresses a limited number of responsible people or commissions such as the nursing and medical direction.

In the 103 *acute care hospitals* 1960 indicators were selected representing 607 different indicators. 249 of these indicators originate from a predefined list, whereas the other indicators were defined by the hospitals themselves. 25 % of the top-five indicators are structural indicators, 10 % are process indicators and 65 % are outcome indicators.

In the 58 *psychiatric hospitals* 929 indicators were selected, representing 405 different indicators. 188 of these indicators originate from a predefined list, the other 217 were formulated by the hospitals themselves. 5 % of the top-

five indicators are structural indicators, 17 % are process indicators and 78 % are outcome indicators.

In the 16 *long term care hospitals* 225 indicators were selected, representing 138 different indicators. 80 of them originate from a predefined list, the other 58 indicators were formulated by the hospitals themselves. 23 % of the top-five indicators are structural indicators, 31 % are process indicators and 46 % are outcome indicators.

Chapter 4. Supporting plan

Every year the federal authority organizes supportive and guidance activities in the framework of the three pillars of the contract ‘coordination of quality and patient safety’ and they always combine theoretical insights and practical applications.

During the third contract year, the focus was on workshops on taxonomy (including XML) and the retrospective analysis methods PRISMA and SIRE. Besides a two-days’ symposium on ‘Quality and Patient safety’ was organized in 2010.

The hospital networks in the respective regions remain active, each with their own dynamism.

In a fourth chapter, the support activities that took place between June 2010 and June 2011 are described.

Chapter 5. Future orientations

In a fifth and final chapter the orientations for the future are pointed out until 2017. First, we describe what is being asked for the contract year 2012. Subsequently, we clarify that focus on clients, innovation, entrepreneurship and collaboration and/or networking remain important points of attention and cornerstones for a highly effective hospital policy. In order to make this concrete, a consistent cooperation is searched for with the hospital federations and with the regions.

RÉSUMÉ

Afin de promouvoir et soutenir la coordination de la qualité et de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges, un financement complémentaire a été approuvé dans la sous-partie B4 du budget des moyens financiers depuis juillet 2007. Pour l'année de contrat 2009-2010, le budget portait sur un montant de 7,2 millions d'euros. Toujours pour l'année de contrat 2009-2010, 91 % (n = 181) des hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp ont signé ce contrat et, ce faisant, se sont engagés à améliorer la qualité et la sécurité des patients. Ces actions d'amélioration s'articulent autour de trois piliers : système de gestion de la sécurité des patients, processus intra-muros et indicateurs. Ces trois piliers servent de base à un plan pluriannuel dans le cadre duquel, chaque année, de nouveaux éléments sont proposés aux hôpitaux afin de mettre en œuvre ces actions d'amélioration.

Après l'introduction, trois chapitres sont consacrés aux résultats de chaque pilier pris individuellement. Ces résultats reposent sur les rapports introduits par les hôpitaux pour le contrat 2009-2010.

Un quatrième chapitre traite du plan d'accompagnement et de soutien proposé aux hôpitaux dans le cadre de la mise en œuvre du contrat. Le dernier chapitre décrit les orientations qui seront développées dans le futur par l'administration en matière de qualité et de sécurité du patient.

Chapitre 1. Système de gestion de la sécurité

Concernant le pilier 1 (système de gestion de la sécurité), les hôpitaux devaient :

- développer ou définir un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents ;
- analyser cinq incidents ou presque incidents différents selon une méthode d'analyse rétrospective, décrire les actions d'amélioration proposées et décrire les recommandations formulées ;
- classer ces cinq incidents analysés selon la classification internationale pour la sécurité des patients (taxonomie de l'OMS), en utilisant et en codifiant au moins les catégories suivantes : type d'incident, caractéristiques de l'incident, conséquences pour le patient et conséquences pour l'organisation (set de données minimal) ;

-
- joindre une copie vierge de tous les formulaires de notification utilisés dans l'établissement.

Les hôpitaux étaient encouragés à intégrer le modèle d'exportation XML de l'autorité fédérale dans le système électronique de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents.

Les résultats de ce premier pilier indiquent que, sur les 178 hôpitaux qui ont introduit un rapport, 168 (soit 94 %) disposent d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents. Sur base des données issues des rapports des hôpitaux, il n'est pas possible de déterminer pour tous les cas s'il s'agit d'un système appliqué à l'ensemble ou à une partie de l'hôpital. Des différences régionales sont observées en ce qui concerne le mode de notification. La possibilité de déclarer par voie électronique diffère quelque peu d'une région à l'autre. Les systèmes de notification électronique sont davantage répandus dans les hôpitaux en Flandre. La plupart des hôpitaux offrent le choix de déclarer de façon anonyme ou nominative. Quasiment tous les collaborateurs hospitaliers peuvent faire ces notifications et, dans 10 % des hôpitaux, les patients peuvent également le faire.

Les données minimales demandées concernant la taxonomie ne sont pas encore entièrement intégrées par tous les hôpitaux.

La méthode d'analyse rétrospective la plus utilisée est PRISMA (64 %). Les incidents les plus fréquemment analysés portent sur la médication/liquides IV (28 %), les accidents du patient (17 %), les processus/procédures de soins (16 %) et le comportement du personnel/patient (13 %). Pour 6 % des incidents analysés, il est question d'un « patient erroné ». Dans trois analyses sur quatre, on observe une ou plusieurs conséquences pour l'établissement.

Les actions d'amélioration mises en route à la suite d'un incident concernent principalement les thèmes des « médicaments » et des « procédures, protocoles ou recommandations ». Certaines actions d'amélioration (10 %) prévoient une formation supplémentaire pour le personnel.

Presque tous les incidents analysés sont communiqués à un ou plusieurs prestataires de soins. Le pharmacien hospitalier et le comité médico-pharmaceutique sont, en revanche, relativement peu informés de cette démarche malgré le fait qu'un incident analysé sur quatre a trait à la médication. Aucune analyse d'incident n'est communiquée aux patients.

Par rapport aux années précédentes, on peut observer une tendance positive dans la notification et l'analyse des incidents et presque incidents: presque tous les collaborateurs hospitaliers peuvent faire une notification et les méthodes d'analyse rétrospective sont davantage connues.

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

Pour le deuxième pilier, axé sur les processus, les hôpitaux devaient :

- évaluer et analyser leur propre fonctionnement en sélectionnant un processus intra-muros (ou une partie de processus) existant ou un nouveau processus, choisi dans une liste pré-établie spécifique au type d'hôpital. Les *hôpitaux aigus* avaient quatre options : 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 qui représentent un grand volume de patients et pour lesquelles des données sont disponibles, d) un processus d'amélioration intra-muros qui fait suite à une analyse rétrospective d'incident(s) réalisée dans le cadre du pilier 1. Les *hôpitaux psychiatriques* avaient le 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 2008, d) un processus de transfert intra-muros, e) un processus d'amélioration intra-muros qui fait suite à une analyse rétrospective d'incident(s) réalisée dans le cadre du pilier 1. Les *Hôpitaux Sp* avaient le choix entre : a) un processus (ou une partie de processus) pour lequel un grand nombre d'admissions a été réalisé en 2008, b) un processus de transfert intra-muros, c) un processus d'amélioration intra-muros qui fait suite à une analyse rétrospective d'incident(s) réalisée dans le cadre du pilier 1 ;
- indiquer si, pour le processus (ou la partie de processus) sélectionné, une équipe multidisciplinaire est constituée ;
- indiquer si des conventions entre services (Service Level Agreements (SLAs)) sont 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 le temps de déroulement du processus ».

Parmi les 178 hôpitaux qui ont introduit un rapport, 175 processus d'amélioration intra-muros sont décrits et trois hôpitaux n'ont pas remis la partie du rapport qui concerne le pilier 2. Parmi les processus décrits, 62 % sont des processus de soins intra-muros, 30 % concernent les transferts intra-muros (essentiellement au sein d'un même hôpital ou sur un même site) et 8 % sont des processus d'amélioration qui ont été mis en place à la suite d'une analyse d'incident réalisée dans le cadre du pilier 1.

Les pathologies les plus fréquemment sélectionnées dans les *hôpitaux aigus* sont l'AVC, le cancer du sein, la prothèse de hanche totale et l'insuffisance cardiaque congestive. Sur dix processus d'amélioration introduits à la suite d'une analyse d'incident réalisée dans le cadre du pilier 1, quatre concernent la médication et l'identification des patients.

Les *hôpitaux psychiatriques* ont, en majorité, sélectionné des processus de soins intra-muros se rapportant à des priorités politiques de l'établissement (60 %). Ces processus ont principalement trait au syndrome métabolique, à la politique d'isolement et à la distribution des médicaments. Ceux afférents aux agressions concernent surtout la gestion de l'agressivité et la prise en charge de collaborateurs à la suite d'une agression.

Les *hôpitaux Sp* sélectionnent, dans 30 % des cas, des processus de soins intra-muros qui concernent des pathologies pour lesquelles un nombre important d'admissions a été enregistré en 2008 (ex. prothèse de genou totale et prothèse de hanche totale). 70 % des processus de soins intra-muros pour lesquels des actions d'amélioration sont prévues traitent d'autres thèmes (la qualité des repas, la satisfaction des patients et l'alimentation par sonde). Les actions d'amélioration intra-muros prises suite à l'analyse d'un incident concernent principalement la médication (deux sur trois).

Une *équipe multidisciplinaire* est mise en place dans 98 % des processus d'amélioration décrits. Il n'y a pas de différence notable entre les trois types d'hôpitaux.

Des *Service Level Agreements* (SLA) sont conclus pour près d'un processus d'amélioration introduit sur trois. Pour 42 % des processus d'amélioration (73 rapports sur les 175 complétés pour le pilier 2) le *plan en dix étapes* est suivi, phase de pérennité incluse. Les processus d'amélioration qui n'atteignent pas cette phase de pérennité sont assez complexes (ex. processus de transferts intra-muros, AVC, syndrome métabolique, médication). On constate aussi un élargissement au niveau des thèmes pour lesquels des processus

d'amélioration sont formulés, aussi bien dans les hôpitaux aigus, psychiatriques ou Sp. De même, des processus de soins critiques sont de plus en plus pris en considération, comme par exemple l'implémentation de la « Safe Surgery Checklist » au bloc opératoire.

979 *indicateurs* sont formulés pour l'ensemble des 175 processus d'amélioration décrits dans les rapports remis par les hôpitaux. Pour 95 % des processus d'amélioration introduits, au moins un indicateur est formulé et plus de la moitié des hôpitaux en ont formulé cinq par processus d'amélioration. Les indicateurs formulés sont presque exclusivement des indicateurs de processus cliniques.

Un indicateur introduit sur cinq peut être considéré comme un « vrai » indicateur, c'est-à-dire qu'il est suffisamment explicité et/ou pour lequel on a formulé à la fois un numérateur et un dénominateur. Ce sont les indicateurs formulés par les hôpitaux psychiatriques qui répondent le plus souvent à la définition d'un vrai indicateur.

Les hôpitaux aigus formulent des indicateurs considérés comme de vrais indicateurs pour 24% de leurs actions d'amélioration. Les hôpitaux psychiatriques formulent de vrais indicateurs pour 32% de leurs actions d'amélioration. Les hôpitaux Sp formulent de vrais indicateurs pour 40% de leurs actions d'amélioration.

904 *interventions clés* sont définies pour l'ensemble des 175 processus d'amélioration décrits dans les rapports remis par les hôpitaux.

Chapitre 3. Indicateurs

Concernant le pilier 3 (relatif aux indicateurs), les hôpitaux se sont basés sur les indicateurs inventoriés dans la cartographie de l'année de contrat 2008-2009 afin de vérifier si ceux-ci sont encore utilisés et, si oui, dans quel objectif (pour le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients ou pour le suivi des actions d'amélioration).

Pour les indicateurs utilisés dans le cadre du suivi des actions d'amélioration (objectif fixé non atteint et/ou problème), les hôpitaux devaient définir l'indicateur (numérateur, dénominateur), donner le chiffre à atteindre, identifier le responsable (fonction, comité) pour chaque indicateur, indiquer à qui les résultats sont communiqués la fréquence de communication formelle.

98 % des hôpitaux participant au contrat ont remis leur rapport sur la partie qui concerne le pilier 3. Au total, 31 % des indicateurs identifiés dans le contrat 2008-2009 ne sont plus pris en considération par les hôpitaux dans l'année de contrat 2009-2010.

Le nombre moyen d'indicateurs par hôpital est de 67 (médiane = 60). 75 % des occurrences servent au monitoring de la qualité et de la sécurité des patients.

La majorité des hôpitaux reprend, au maximum, 43 indicateurs pour le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients ; ¼ des hôpitaux en reprend au moins 69 pour faire le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients (dont 18 qui en reprennent plus de 100).

25 % des indicateurs sont suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration. La majorité des hôpitaux utilise au maximum 12 indicateurs pour la réalisation d'actions d'amélioration.

Les collaborateurs hospitaliers responsables des indicateurs utilisés pour le suivi d'actions d'amélioration sont généralement : le coordinateur qualité et/ou sécurité des patients (12 %), le chef du département infirmier (8 %), le médecin-chef (7 %), l'infirmier chef de service et/ou le cadre intermédiaire (7 %) et le médecin (7 %).

Une grande partie (40 %) des feedback sur les indicateurs se fait annuellement. Dans 26 % des cas, ce feedback a lieu tous les deux à quatre mois, et dans 13 % des cas, il s'agit d'un feedback semestriel. Ce feedback est le plus souvent adressé à un nombre limité de responsables ou de commissions, comme par exemple la direction infirmière et médicale.

Les 103 *hôpitaux aigus* ont, au total, introduit 1.960 occurrences dans les rapports, ce qui correspond à 607 indicateurs différents. 249 de ces indicateurs sont issus de la liste préalablement communiquée aux hôpitaux et les 358 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux. 25 % des indicateurs du Top 5 sont des indicateurs de structure, 10 % sont des indicateurs de processus et 65 % sont des indicateurs de résultat.

Les 58 *hôpitaux psychiatriques* ont, au total, introduit 929 occurrences dans les rapports, ce qui correspond à 405 indicateurs différents. 188 de ces indicateurs sont issus de la liste préalablement communiquée aux hôpitaux et les 217 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux. 5 % des indicateurs

du Top 5 sont des indicateurs de structure, 17 % sont des indicateurs de processus et 78 % sont des indicateurs de résultat.

Les 16 *hôpitaux Sp* ont, au total, introduit 225 occurrences dans les rapports, ce qui correspond à 138 indicateurs différents. 80 de ces indicateurs sont issus de la liste préalablement communiquée aux hôpitaux et les 58 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux. 23 % des indicateurs du Top 5 sont des indicateurs de structure, 31 % sont des indicateurs de processus et 46 % sont des indicateurs de résultat.

Chapitre 4. Plan d'accompagnement et de soutien

Des activités de soutien et d'accompagnement dans le cadre des trois piliers du contrat « coordination qualité et sécurité des patients » sont organisées chaque année par l'autorité fédérale. Elles tentent de combiner connaissances théoriques et applications pratiques. Les activités organisées de juin 2010 à juin 2011 sont décrites dans ce chapitre.

Les workshops proposés au cours de la troisième année de contrat (2009-2010) ont mis l'accent sur la taxonomie et le modèle XML, ainsi que sur les méthodes d'analyse rétrospectives (PRISMA et SIRE). En 2010, un symposium de deux jours a été organisé sur la thématique « Qualité et sécurité du patient ».

Les réseaux d'hôpitaux sont actifs, chacun dans une dynamique qui lui est propre.

Chapitre 5. Orientations pour l'avenir

Ce cinquième et dernier chapitre traite des orientations pour l'avenir jusqu'en 2017, en commençant par ce qui sera demandé dans le cadre de l'année de contrat 2012. Les principales conclusions sont que l'orientation client, l'innovation, l'esprit d'entreprise et la coopération et/ou le travail en réseau, en tant que pierres angulaires d'une politique hospitalière performante, demeurent les points prioritaires. Pour concrétiser ces points, l'autorité fédérale encourage la mise en place d'une bonne collaboration avec les organisations faitières et les Communautés.



AVANT-PROPOS

Le présent rapport « Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2010 » est déjà le troisième tome publié dans le cadre du contrat « coordination qualité et sécurité des patients ». Ce rapport nous permet de passer à la vitesse supérieure dans la mesure où, pour les trois piliers du contrat qui font l'objet de ce rapport, nous disposons de plus en plus de données détaillées. Celles-ci offrent un aperçu de la situation actuelle dans le domaine de la sécurité des patients, des processus intra-muros et des indicateurs appliqués dans les hôpitaux belges. Les résultats actuels montrent des forces mais encore aussi des faiblesses. Des forces, puisque de plus en plus d'hôpitaux s'engagent à fournir de sérieux efforts en ce qui concerne les piliers susmentionnés (91 % des hôpitaux ont participé au contrat « coordination qualité et sécurité des patients » en 2010), parce que les différentes parties qui composent les piliers du projet sont clairement prévues dans les plans stratégiques des hôpitaux et, enfin, parce qu'une majorité d'hôpitaux prend de facto des initiatives d'amélioration majeures. Des faiblesses aussi, car les problèmes que nous connaissions déjà – comme ceux documentés au cours des années de projet précédentes – sont toujours présents. Nous songeons en particulier à l'implication des directions et des médecins, qui demeure souvent insuffisante pour lancer une dynamique globale de qualité et de sécurité des patients et pour garantir les résultats escomptés. Nous constatons aussi que l'approche par processus des actions d'amélioration et les connaissances en matière de formulation et de suivi des indicateurs peuvent encore être meilleures.

Après trois ans, la phase de sensibilisation est derrière nous. Vu les évolutions sociales que connaissent les questions de qualité et de sécurité en termes de transparence, il ne fait aucun doute que la demande de résultats sera de plus en plus forte. L'aspect mesurable des soins jouera de ce fait un rôle toujours plus important. Dans les années à venir, les hôpitaux devront donc pouvoir présenter des résultats à toutes les parties concernées, à savoir : le patient et sa famille, les nombreux prestataires de soins, les différents niveaux de pouvoir et les autres parties prenantes.

La diffusion des résultats est nécessaire. Non seulement parce qu'il faut rendre des comptes à la société sur les moyens mis en œuvre, mais également parce qu'il y a – nous semble-t-il – une obligation (morale) de prodiguer les soins les meilleurs et les plus sûrs possible car c'est la mission de base de tout hôpital. Un des

éléments essentiels de l'aide qu'apportera l'autorité fédérale aux hôpitaux dans les prochaines années consistera dès lors à objectiver des soins sûrs et de qualité.

Nous vous souhaitons une agréable lecture,

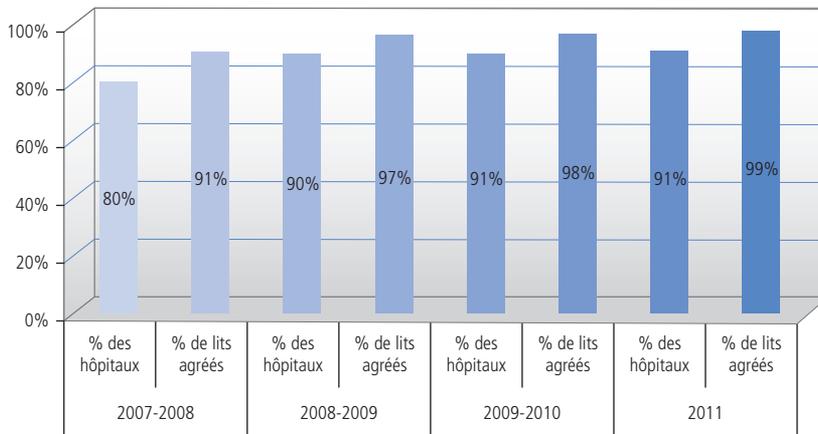
A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, loopy initial 'C' followed by a series of connected loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Christiaan Decoster,
Directeur général Organisation des Établissements de Soins.

INTRODUCTION

Depuis l'avis du Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH) en 2006 concernant le financement de la qualité et de la sécurité des patients dans les hôpitaux, des contrats annuels sont proposés aux hôpitaux. Les hôpitaux y participent sur base volontaire et un budget est attribué à chaque hôpital participant sur la base du nombre de lits agréés. Les établissements les plus petits – jusqu'à 100 lits agréés – perçoivent un montant fixe de 10.000 euros. Pour cette année 2009-2010, le budget total consacré à ce projet est de 7,2 millions d'euros. Le taux de participation des hôpitaux pour l'année 2009-2010 a augmenté pour la troisième année consécutive (80 % en 2007, 90 % en 2008 et 91 % en 2009). La participation en fonction du nombre de lits agréés a augmenté de 91 % en 2007 à 98 % en 2009 (graphique 1).

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



Les contrats annuels s'inscrivent dans le plan pluriannuel qualité et sécurité des patients (2007-2012) et reposent sur trois piliers : structure, processus et résultats (cf. triade de Donabedian). Le plan pluriannuel a été développé pour donner une image plus claire des finalités à long terme, tant pour les hôpitaux que pour l'autorité fédérale.

La qualité et la sécurité des patients sont aussi des thèmes qui, de par leur complexité, demandent une approche par phases et méthodique.

Le premier pilier concerne le développement d'un Système de Gestion de la Sécurité (SGS), le deuxième pilier, les processus de soins et le troisième pilier, les indicateurs. Chaque année, pour chacun des trois piliers, de nouveaux éléments sont proposés aux hôpitaux en fonction des activités de l'année précédente et des objectifs visés jusque fin 2012.

Les trois premiers chapitres sont consacrés à l'analyse des résultats des hôpitaux par pilier. Tous ces chapitres sont construits selon un même canevas: une énumération des conclusions clés et une courte introduction, des explications sur le contexte, la méthodologie utilisée, les résultats et, pour finir, une discussion. Lorsque les données le permettaient, le SPF Santé publique a comparé les résultats des rapports de la troisième année de contrat (2009-2010) à ceux de la première (2007) et de la seconde année de contrat (2008-2009). Le chapitre 4 donne un aperçu général des activités mises en place pour accompagner et soutenir les hôpitaux dans les différentes actions demandées.

Le rapport se termine par un chapitre consacré aux orientations pour l'avenir. Ce chapitre repose sur la vision stratégique telle qu'elle a été présentée dans le rapport des deux premières années de contrat (2007 et 2008).

CHAPITRE 1.

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

Conclusions clés

178 sur 181 hôpitaux participant au contrat ont remis un rapport. Les conclusions clés reprises ci-dessous ne concernent donc que ces 178 hôpitaux.

- Un système de rapportage et d'apprentissage des incidents et presque incidents existe dans 94 % des hôpitaux (n=168). Il n'est pas clair s'il s'agit dans tous les cas d'un système étendu à l'ensemble de l'hôpital.
- D'importantes différences régionales sont notées au niveau du mode de notification. Les notifications électroniques sont possibles dans quasiment huit hôpitaux flamands sur dix, à Bruxelles et en Wallonie dans quatre hôpitaux sur dix.
- Les notifications se font uniquement par écrit dans douze des trente plus grands hôpitaux (plus de 600 lits).
- Le déclarant peut choisir entre une notification anonyme ou nominative dans 89 % des hôpitaux (n=149).
- Pratiquement tous les collaborateurs hospitaliers peuvent faire une notification. Par contre, les patients ne peuvent notifier que dans 10 % des hôpitaux.
- L'ensemble minimum de données n'est pas entièrement intégré par tous les hôpitaux. Seule la catégorie « caractéristiques de l'incident » est reprise dans tous les systèmes de rapportage et d'apprentissage.
- Un modèle d'exportation XML est intégré dans 62 % des hôpitaux (n=104).

- La méthode PRISMA est la méthode d'analyse la plus utilisée (64 %).
- Les incidents les plus régulièrement rapportés concernent : la médication/liquides IV (28 %), les accidents du patient (17 %), les processus/procédure de soins (16 %) et le comportement du personnel/patient (13 %).
- Dans 6 % des incidents analysés, il s'agissait d'un « patient erroné ».
- Les collaborateurs hospitaliers déclarent facilement les incidents graves.
- Des conséquences pour l'institution sont identifiées dans trois incidents sur quatre. Il s'agit principalement de « traitements ou examens supplémentaires » et de « perturbation du flux de travail ou délai d'attente prolongé pour d'autres patients ».
- L'incident analysé fait l'objet d'un feedback dans 96 % des cas. Le feedback se fait principalement auprès du médecin-chef (15 %), du comité permanent de concertation entre le gestionnaire et les médecins (14 %) et de l'infirmier en chef (10 %). La présentation des résultats de l'analyse des incidents est peu fréquente au pharmacien, au comité médico-pharmaceutique et au comité de sécurité des patients. Dans aucun cas, il n'est fait mention de feedback d'un incident auprès du patient.
- Le nombre de formulaires de notification utilisés dans les hôpitaux varie de un à quinze.
- 59 % des formulaires de notification concernent des thèmes spécifiques à la sécurité des patients tels que l'agression, la médication et les chutes.
- La majorité des actions d'amélioration mises en place à la suite d'un incident concernent : la médication (20 %), les procédures, protocoles ou recommandations (18 %) et la formation ou l'information du personnel (10 %).
- On constate une évolution positive dans la culture de notification des incidents et presque incidents des hôpitaux belges et de leur analyse comparativement aux résultats de la première année de contrat (2007-2008).

1. INTRODUCTION

Idéalement, douze 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 définis de façon univoque sur la sécurité des patients (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. Dans le plan pluriannuel proposé par l'autorité fédérale et les contrats annuels qui en découlent, les hôpitaux doivent exécuter ou implémenter ces éléments clés conformément au schéma ci-dessous.

Tableau 1 : Éléments clés d'un système de gestion de la sécurité des patients (référence à l'année de contrat concernée)

1. élaboration d'un plan de sécurité des patients (2 ^e année de contrat)				
2. leadership et implication de la direction et du management (4 ^e et 5 ^e année de contrat, via le pilier 3)				
3. implication, au niveau du contenu, des différentes disciplines dans l'hôpital et plus particulièrement des médecins (années de contrat 4 et 5, via les piliers 1 et 3)				
4. mise en place d'une culture de sécurité des patients (années de contrat 1, 2, 3, 4 et 5)				
5. mise en place d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents (années de contrat 1, 3, 4 et 5)				
6. analyse rétrospective des incidents et presque incidents (années de contrat 3 et 4)				
7. inventarisation prospective des risques (année de contrat 5)				
8. suivi systématique par le biais d'indicateurs « sécurité des patients » définis de façon univoque (années de contrat 1, 2, 3, 4 et 5, via les piliers 2 et 3)				
9. intégration de toutes les sources d'information en matière de sécurité des patients (année de contrat 5)				
10. implication du patient en tant que partenaire dans le processus de soins, compte tenu de son identité culturelle (année de contrat 5)				
11. entretien d'une interaction transmurale (années de contrat 4 et 5, via le pilier 2)				
12. amélioration permanente de la sécurité des soins (années de contrat 1, 2, 3, 4 et 5)				
Année de contrat 1	Année de contrat 2	Année de contrat 3	Année de contrat 4	Année de contrat 5
2007-2008	2008-2009	2009-2010	2011	2012

2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de la 3^e année de contrat (2009-2010), les hôpitaux se sont engagés à entreprendre les actions suivantes :

- Développer et/ou décrire un système de rapportage et d'apprentissage des incidents et presque incidents en reprenant un nombre minimum de

classes de la taxonomie de l'OMS qui doivent obligatoirement être codifiées.

Le système de rapportage et d'apprentissage demandé peut être développé par l'hôpital, par un tiers ou par une société commerciale. Dans tous les cas, le système de rapportage et d'apprentissage doit :

- 1°) satisfaire aux critères tels que définis par le groupe de travail fédéral Sécurité des patients (voir annexe 1) ;
- 2°) satisfaire aux exigences posées par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée dans le cadre du traitement des données à caractère personnel (arrêté d'exécution du 13 février 2001). Cela signifie que le système de rapportage et d'apprentissage doit prévoir une possibilité de rapportage anonyme.

Les hôpitaux sont également encouragés à prévoir l'exportation des données en XML.

- Décrire cinq incidents analysés. Les hôpitaux devaient préciser la méthode d'analyse rétrospective utilisée, les actions d'amélioration proposées et les recommandations formulées qui en découlent. Ils devaient également classer les incidents analysés selon la « International Classification for Patient Safety » (ICPS) – taxonomie de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) – en utilisant et en codifiant au moins l'ensemble minimum de données. Cet ensemble minimum de données comprend les classes : « type et caractéristiques de l'incident », « résultats pour le patient » et « résultats pour l'organisation ».
- Fournir une copie vierge de tous les formulaires de notification utilisés.

Les sept hôpitaux qui ne participent au contrat que depuis l'année 2008-2009 devaient également :

- analyser les résultats de la mesure de la culture ;
- formuler et implémenter des actions d'amélioration dans au moins deux dimensions.

Les huit hôpitaux qui ne participent au contrat que depuis l'année 2009-2010 devaient, outre ce qui précède :

- effectuer une mesure de la culture de sécurité portant sur l'ensemble de l'hôpital ;
- développer un plan pluriannuel sécurité des patients. Ce plan pluriannuel doit être un élément du plan stratégique général de l'hôpital.

Avant de discuter des résultats, nous allons d'abord nous arrêter sur les éléments suivants :

- l'« International Classification for Patient Safety » (ICPS) – taxonomie de l'OMS – et l'ensemble minimum de données demandé ;
- les méthodes d'analyse rétrospective ;
- le modèle d'exportation XML.

2.1. L'« International Classification for Patient Safety » (ICPS) – taxonomie de l'OMS

Les hôpitaux doivent prévoir la possibilité de classer les incidents en fonction de l'ICPS, dans leur système de rapportage et d'apprentissage. L'ICPS est un cadre conceptuel composé de 10 grandes classes, 48 concepts clés et environ 700 intitulés. La version initiale de l'ICPS, développée par l'OMS¹, a été adaptée à la situation belge par le groupe de travail fédéral Taxonomie et a été traduite dans les trois langues nationales. L'OMS a autorisé l'autorité fédérale à traduire l'annexe 1 du rapport de l'ICPS.

La classification d'un incident dans toutes ses déclinaisons n'a pas toujours de sens et n'est certainement pas nécessaire pour chaque événement. Pour cette raison, l'autorité fédérale a défini un ensemble minimum de données dans lequel quatre (des dix) classes doivent être (partiellement) codifiées.

Chaque notification d'incident doit comprendre au **minimum** les **classes principales** suivantes :

- type d'incident – classe A
- résultats pour le patient (degré de sévérité) – classe B
- caractéristiques de l'incident – classe D
- résultats pour l'organisation – classe H

Le détail de cet ensemble minimal de données se trouve en annexe 2.

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

- caractéristiques du patient – classe C
- facteurs contributifs – classe E
- facteurs atténuants – classe F
- détection – classe G
- actions d'amélioration – classe I

¹ www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/.

-
- actions destinées à limiter le risque – classe J

Dans le courant de l'année 2010, sept workshops ont été organisés sur la taxonomie pour soutenir les hôpitaux.

2.2. Analyse rétrospective des incidents

Les méthodes d'analyse rétrospective sont basées sur la réflexion systémique. Elles ont pour but d'éviter, à l'avenir, un même type d'incident. Il ne s'agit pas ici de rechercher des coupables mais bien de chercher des imperfections dans le système (analyse des causes racines).

Plusieurs méthodes systématiques peuvent être utilisées pour réaliser une analyse rétrospective.

- PRISMA (*Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis*) et ACR (Analyse des Causes Racines). Ces deux méthodes tentent, sur la base de la collecte de données factuelles sur une même type d'incidents, d'en découvrir les causes.

L'ACR cartographie toutes les causes racines d'un incident. Trouver les différentes causes est nécessaire pour déterminer les actions d'amélioration adéquates.

La méthode PRISMA ajoute une classification des causes racines trouvées à l'analyse d'incident (*Eindhoven Classificatie Model*). Elle présente une classification des causes racines (techniques, organisationnelles, humaines et liées au patient) qui jouent un rôle au moment où un incident a eu lieu. La connaissance de ces causes racines permet de détecter certaines faiblesses dans l'organisation et permet de ce fait de mettre en place des actions d'amélioration ciblées.

- SIRE (*Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie*). Cette méthode a également pour objectif la prévention de la répétition de l'incident. La méthode PRISMA s'applique à un ensemble d'incidents de sévérité faible et moyenne mais fréquents et la méthode SIRE convient mieux à l'analyse d'un incident grave et rare.
- BowTie («modèle nœud papillon»). C'est également une méthode d'analyse qui permet d'obtenir une image des risques présents dans une organisation ainsi que des mesures préventives et d'amélioration. Dans la méthode BowTie, les risques, les menaces et les mesures préventives et d'amélioration sont rassemblés dans un seul modèle. Ce modèle peut être utilisé comme méthode d'analyse rétrospective en projetant un incident sur

le BowTie pour identifier clairement les points faibles et les barrières qui mènent à l'échec. Cette méthode peut également être utilisée comme méthode d'analyse proactive. Dans ce cas, les risques sont identifiés de manière proactive et analysés. Le résultat de cette analyse donne un aperçu clair des risques qui permet de détecter des goulets d'étranglement potentiels.

Au cours de l'année 2010, des workshops (sept workshops sur PRISMA et sept workshops sur SIRE) ont été organisés pour soutenir les hôpitaux.

2.3. Le modèle d'exportation XML

En 2010, les hôpitaux ont été encouragés à implémenter le modèle d'exportation XML fourni par l'autorité fédérale dans le système de rapportage et d'apprentissage. On suppose que les hôpitaux auront réellement intégré le modèle d'exportation XML à la fin de l'année 2011. L'autorité fédérale ne demande pas que les institutions lui fassent rapport sur tous les incidents survenus à l'hôpital. Elle souligne toutefois l'importance et l'utilité du rapportage des incidents et de leur exportation dans une base de données (via le modèle d'exportation XML) après leur codage en fonction de la taxonomie. En effet, l'utilisation d'un tel modèle d'exportation offre d'importantes opportunités : tous les hôpitaux peuvent stocker des fichiers XML dans une base de données gérée et conservée directement par l'hôpital. Cela permet également de conserver l'anonymat des notifications d'incident et de les intégrer ultérieurement dans des analyses statistiques, de comparer les notifications de l'hôpital sur plusieurs périodes de temps, etc. De plus, les institutions, services ou départements qui le souhaitent peuvent librement décider de rassembler leurs données mutuelles dans une base de données centrale à partir de laquelle on pourra ensuite procéder à des analyses et mettre sur pied des actions d'amélioration pour l'hôpital. Dans ce cadre, les hôpitaux participants ont la possibilité de garder leur identité secrète ou de la communiquer. Quel que soit son choix, chaque hôpital pourra toujours reconnaître ses propres données parmi les données agrégées.

L'autorité fédérale a contacté le secteur privé pour lui demander d'intégrer également un modèle d'exportation XML dans les systèmes de rapportage commerciaux. Dans ce cadre, l'autorité fédérale a insisté sur les critères importants qui étaient également préalablement communiqués aux hôpitaux (annexe 1).

Les hôpitaux peuvent également intégrer le modèle d'exportation XML lorsqu'ils font développer un système de rapportage et d'apprentissage par le département informatique de leur institution et lorsque le système permet de stocker les données dans une base de données numérique.

Un manuel (*guidelines*), une base de données vide et un programme de lecture des fichiers XML ont été développés pour soutenir les hôpitaux et les sociétés commerciales. En parallèle, l'autorité fédérale a organisé un workshop en janvier 2011 et, au cours de la même année, un helpdesk a été installé. Ce helpdesk peut être consulté sur <http://forum.icps-belgium.be/> et a pour objectif d'aider les hôpitaux à enregistrer correctement les incidents en fonction de la taxonomie de l'OMS et de leur proposer un soutien dans le codage des incidents en format XML.

Les hôpitaux dont les données des notifications ne sont pas stockées dans une base de données numérique ne peuvent pas intégrer le modèle d'exportation XML. Une solution éventuelle à ce problème pourrait être que ces hôpitaux, qui sont le plus souvent de petites institutions, concluent un accord avec un plus grand hôpital de la région qui, lui, dispose d'un système de rapportage et d'apprentissage électronique. Cet accord pourrait porter sur la mise en location, contre un prix à convenir, d'un espace sur le disque de l'hôpital possédant un système de rapportage et d'apprentissage électronique (*hosting*). De cette manière, le plus petit hôpital pourrait l'utiliser sans devoir l'acquérir lui-même.

3. RÉSULTATS

Les hôpitaux ont présenté les résultats du pilier 1 dans un document de rapportage standardisé (Excel) conçu par l'autorité fédérale. Les données ont ensuite été traitées qualitativement et quantitativement au niveau national et, en cas de pertinence, également par type d'hôpital et par région.

Sur les 181 hôpitaux participants, 178 hôpitaux (98 %) ont remis un rapport. Trois hôpitaux aigus ne l'ont pas fait.

Les analyses qui suivent sont basées sur les données de ces 178 hôpitaux.

Le tableau 2 présente le nombre d'hôpitaux répartis en fonction de l'année de leur première participation et en fonction de l'année au cours de laquelle ils ont effectué la première mesure de la culture de sécurité des patients. Sur les 178 hôpitaux ayant remis un rapport, 153 participent au contrat depuis la première année (2007-2008). Sur ceux-ci, 146 ont effectué une mesure de la culture de sécurité. Au cours de la deuxième année de contrat (2008-2009) et de la troisième année de contrat (2009-2010) respectivement 24 et 8 hôpitaux ont effectué une mesure de la culture de sécurité des patients.

Tableau 2: Nombre d'hôpitaux (par type d'hôpital) en fonction de l'année de première participation et selon l'année de la première mesure de la culture

		2007-2008	2008-2009	2009-2010	total
hôpitaux aigus	première participation	89	7	8	104
	première mesure de la culture	86	14	4	104
hôpitaux psychiatriques	première participation	52	4	2	58
	première mesure de la culture	48	7	3	58
hôpitaux Sp	première participation	12	3	1	16
	première mesure de la culture	12	3	1	16
total	première participation	153	14	11	178
	première mesure de la culture	146	24	8	178

Nous présenterons d'abord les résultats des hôpitaux qui ont signé le contrat pour la première fois en 2009-2010. Ces hôpitaux avaient des questions spécifiques afin de rattraper leur retard.

Les résultats du pilier 1 pour l'année de contrat 2009-2010 sont divisés en sept parties :

- activités de rattrapage;
- nombre et nature des systèmes de rapportage et d'apprentissage utilisés;
- utilisation de l'ensemble minimum de données de la taxonomie;
- intégration du modèle d'exportation XML;
- méthodes d'analyse rétrospective;
- formulaires de notification;
- actions d'amélioration.

Pour terminer, après ce chapitre de résultats, nous comparerons les résultats de la troisième année de contrat (2009-2010) aux résultats de la première année de contrat (2007-2008). Ces deux contrats prévoyaient explicitement des questions relatives à la notification et à l'analyse des incidents et presque incidents.

3.1. Résultats des activités de rattrapage des hôpitaux : mesure de la culture de sécurité des patients et plan pluriannuel

Les résultats qui suivent concernent les huit hôpitaux qui participent au contrat à partir de la troisième année de contrat (2009-2010) et auxquels il est donc demandé, en plus des activités prévues pour cette année de contrat, d'effectuer une mesure de la culture dans l'ensemble de l'hôpital et d'élaborer un plan pluriannuel pour la sécurité des patients.

Quatre des huit hôpitaux procèdent à la mesure de la culture sur l'ensemble de l'hôpital. Pour ces quatre hôpitaux, le taux de réponse oscille entre 6 % et 83 % pour les médecins, entre 25 % et 72 % pour les collaborateurs de l'hôpital et entre 25 % et 70 % en ce qui concerne le taux de réponse total.

Six des huit hôpitaux qui n'avaient pas encore établi de plan de sécurité des patients l'ont fait au cours de cette troisième année de contrat. Deux des six plans faisaient partie du plan de politique de gestion générale de l'institution. Cinq des six plans formulaient des objectifs stratégiques et opérationnels. Ces six plans ont été répartis et programmés sur plusieurs années.

3.2. Nombre et nature des systèmes de rapportage et d'apprentissage

Après un aperçu du nombre d'hôpitaux disposant d'un système de rapportage et d'apprentissage, nous allons nous arrêter sur la manière dont se font les notifications (au niveau régional et en fonction du nombre de lits agréés), sur le caractère anonyme ou nominatif de la notification et sur le profil du déclarant.

3.2.1. Nombre d'hôpitaux disposant d'un système de rapportage et d'apprentissage des incidents et presque incidents

En décembre 2010, 94 % des hôpitaux (168 sur 178) qui ont remis un rapport disposaient d'un système de rapportage et d'apprentissage des incidents et presque incidents.

À la fin de la première année de contrat (30 juin 2008), 80 % des hôpitaux participant au contrat disposaient d'un système de rapportage. En 2011, pratiquement tous les hôpitaux belges disposent d'un système de rapportage et d'apprentissage. Il n'est toutefois pas clair s'il est étendu à l'ensemble de l'hôpital dans tous les cas.

Sur les dix hôpitaux qui ne disposent pas encore d'un système de rapportage, neuf indiquent avoir l'intention de l'installer dans le courant de l'année 2011. Les deux principales raisons de l'absence d'un tel système sont : l'impossibilité de généraliser le système de rapportage du département à l'ensemble de l'hôpital et un choix qui reste à faire quant à la société commerciale qui doit se charger de son installation. Un hôpital a indiqué refaire l'ensemble de l'exercice relatif à la qualité et à la sécurité des patients parce qu'il n'était pas satisfait de ce qu'il avait réalisé jusqu'à présent. Cet hôpital a donc recommencé, en 2010, à remplir les formulaires relatifs à la mission et

à la vision et n'est pas encore apte à introduire un système de rapportage et d'apprentissage.

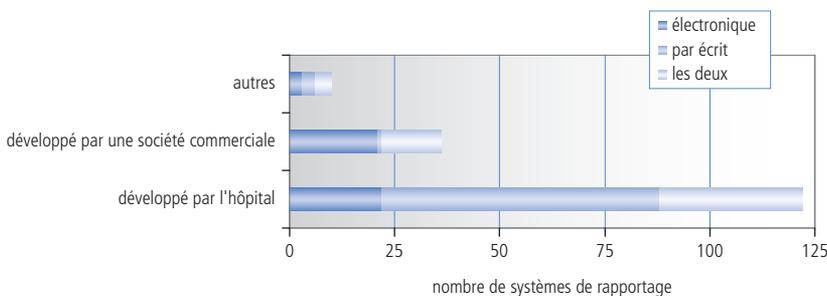
3.2.2. Nombre de systèmes de rapportage et d'apprentissage développés par l'hôpital ou une société commerciale

Le système de rapportage et d'apprentissage est le plus souvent développé par l'hôpital (73 %, n=122) ; un hôpital belge sur cinq fait appel à une société commerciale (n=36) et dix hôpitaux ne font développer leur système ni par une firme commerciale ni par leur hôpital (nous ne disposons pas d'informations plus détaillées à ce sujet).

En ce qui concerne les systèmes de rapportage et d'apprentissage développés par les hôpitaux, la majorité des hôpitaux ne peut faire que des notifications écrites (54 %, n=66). Pour le reste des systèmes développés par les hôpitaux, soit pratiquement la moitié, une notification électronique (46 %, n=56) est possible (graphique 1).

En ce qui concerne les systèmes de rapportage et d'apprentissage développés par les sociétés commerciales, la notification électronique est possible dans la plupart des cas (97 %, n=35). Parmi ces systèmes, il s'agit généralement (n=21) d'un système de notification uniquement électronique.

Graphique 1 : Nombre de systèmes de rapportage et d'apprentissage développés par l'hôpital ou une société commerciale



3.2.3. Mode de notification

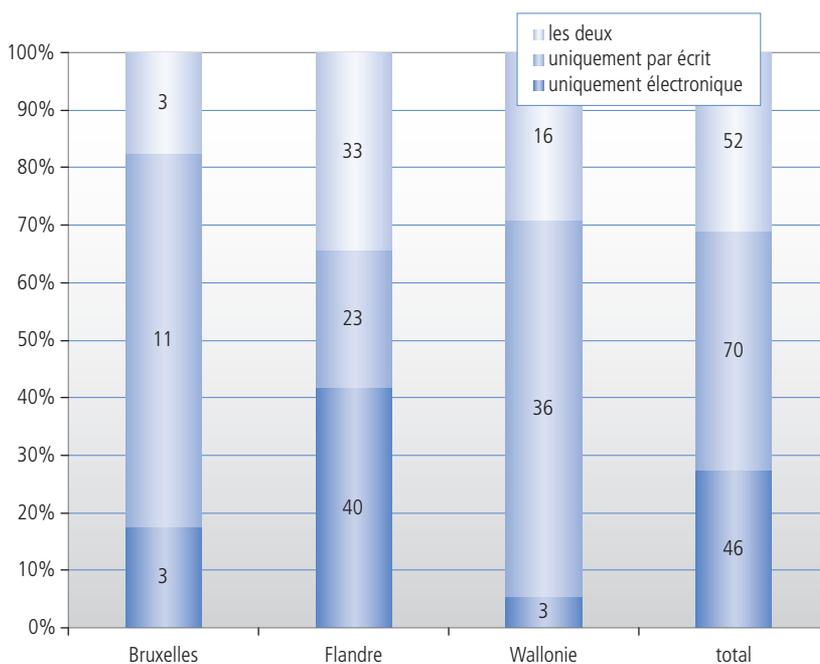
Dans 58 % des hôpitaux belges, la notification peut se faire par voie électronique (n=98). Il s'agit soit d'un système de rapportage purement électronique

(27%, n=46), soit d'un système de rapportage qui permet les notifications tant électroniques qu'écrites (31%, n=52). Dans 42% des hôpitaux (n=70), seule une notification écrite est possible.

3.2.3.1. Mode de notification au niveau régional

L'analyse du mode de notification au niveau régional fait ressortir des différences marquées entre les hôpitaux flamands, bruxellois et wallons. Dans 76% des hôpitaux flamands, il est possible de faire une notification par voie électronique; à Bruxelles et en Wallonie, c'est le cas dans respectivement 36% et 34% des hôpitaux. Cela signifie que dans plus de six hôpitaux sur dix à Bruxelles et en Wallonie, il n'est possible de faire que des notifications écrites (graphique 2).

Graphique 2: Mode de notification par région



3.2.3.2. Mode de notification en fonction du nombre de lits agréés

Il existe des différences visibles du mode de notification en fonction du nombre de lits agréés.

Sur les 13 hôpitaux qui comptent moins de 100 lits : 11 ne disposent que d'un système de rapportage écrit et 2 ont la possibilité de déclarer tant par écrit que par voie électronique.

Sur les 125 hôpitaux qui comptent de 100 lits à 599 lits : 38 % (n=47) disposent uniquement d'un système de rapportage par écrit, 29 % (n=36) disposent uniquement d'un système de rapportage par voie électronique et 34 % (n=42) ont la possibilité de déclarer tant par écrit que par voie électronique.

Sur les 30 hôpitaux qui comptent 600 lits ou plus : 12 disposent uniquement d'un système de rapportage par écrit, 10 disposent uniquement d'un système de rapportage par voie électronique et 8 ont la possibilité de déclarer tant par écrit que par voie électronique.

3.2.4. Notification anonyme ou nominative

Les hôpitaux devaient spécifier si le déclarant peut faire le choix entre une notification anonyme ou nominative.

Le déclarant a le choix entre une notification anonyme ou nominative dans 89 % (n=149 sur 168) des hôpitaux disposant d'un système de rapportage et d'apprentissage. Ce choix n'est donc pas possible pour les collaborateurs de dix-neuf hôpitaux (dix hôpitaux aigus et neuf hôpitaux psychiatriques) qui n'ont donc à disposition qu'un seul mode de notification.

Les quatre hôpitaux qui ont choisi de permettre uniquement les notifications anonymes motivent ce choix comme suit :

- « Si le collaborateur le souhaite, il peut ajouter des noms dans le champ texte libre. » Cette pratique est toutefois déconseillée parce que les fiches de notification sont examinées par le dirigeant et si le déclarant y met son nom, son dirigeant saura immédiatement qu'il est impliqué dans l'incident.
- un autre hôpital opte sciemment pour la notification anonyme justement pour mettre en place une « culture de rapportage » dans l'institution.

Les hôpitaux qui ont opté pour la notification nominative (bien que certains d'entre eux prévoient, à terme, de donner la possibilité de choisir entre une notification anonyme ou nominative) motivent leur choix par les raisons suivantes :

- une notification anonyme ne contient pas suffisamment d'informations pour permettre une analyse approfondie de l'incident. La notification

-
- nominative facilite le feedback au déclarant. Tous les formulaires de notification sont cosignés par le supérieur hiérarchique, ce qui augmente l'implication des dirigeants ;
- l'identité du déclarant est demandée mais le formulaire de notification sera adapté de manière à ce que le déclarant puisse opter pour une notification anonyme ;
 - les notifications peuvent se faire de manière anonyme en rentrant dans le système avec le login du service. Ces hôpitaux justifient ce choix car pour eux une notification tout à fait anonyme est inutilisable ;
 - le caractère anonyme de la notification reste une notion relative étant donné que les horaires permettent de voir qui était responsable de quel patient à quel moment. Le fait de rendre un incident discutable avec l'intéressé favorise la culture de la sécurité. La possibilité de notification anonyme sera prévue à terme. Le nom du déclarant sera toujours demandé mais il n'apparaîtra pas à l'écran. Après archivage dans la base de données, l'anonymisation devient complète ;
 - le système de rapportage est intégré dans le dossier électronique. Le dossier n'est accessible que par l'utilisation d'un login individuel et de ce fait tout déclarant s'identifie automatiquement ;
 - les notifications sont toutes nominatives parce que si ce n'était pas le cas l'incident ne pourrait pas être analysé. Les collaborateurs de l'hôpital ont reçu la garantie qu'aucune sanction ne peut découler de la notification d'un incident. Les données sont rendues anonymes après l'analyse ;
 - il est explicitement choisi de travailler avec des notifications nominatives pour créer un climat de confiance et de responsabilité personnelle. La décision est communiquée aux collaborateurs de l'hôpital qui n'ont fait aucune objection à cette façon de procéder. Une grande importance est toutefois attachée à la communication des mesures d'amélioration prises au déclarant ;
 - la préférence va à une notification « nominative » parce qu'elle favorise une analyse fiable des incidents. Il faut éviter de mettre en place une culture dans laquelle la responsabilité d'un collaborateur s'arrête à la notification de l'incident et dans laquelle la solution doit, par définition, venir du comité sécurité des patients ou de la direction ;
 - la notification est rendue anonyme après l'analyse. Qui plus est, la direction a décidé que les autres membres du personnel ne pouvaient pas tenter ultérieurement de retracer l'identité du déclarant. Toute tentative en ce sens est considérée comme une infraction grave. Il est à noter que ce point de vue a été décidé, entre autres, au niveau du conseil d'entreprise et qu'il est consigné dans des rapports. Tous les collaborateurs ont reçu ces rapports par mail.

3.2.5. Qui peut faire une notification?

Les hôpitaux devaient indiquer les prestataires de soins autorisés à faire une notification.

La grande majorité des systèmes de rapportage permet au personnel infirmier (98 %), aux médecins (94 %), aux pharmaciens hospitaliers (90 %) et aux autres collaborateurs impliqués dans les soins (99 %) de faire une notification. Le personnel logistique, notamment le service de nettoyage, est autorisé à faire une notification dans 80 % des cas.

Les patients sont autorisés à signaler un incident spécifique dans seulement 10 % des systèmes de rapportage. Il convient de souligner ici que, dans la majorité des cas, les patients disposent d'autres canaux pour déclarer un incident: ils peuvent le faire par le biais des enquêtes de satisfaction des patients ou via le service de médiation de l'hôpital. Les données ne permettent pas d'établir si les incidents déclarés par les patients sont également analysés rétrospectivement afin d'y lier des mesures d'amélioration.

Dans pratiquement un système de rapportage sur quatre (n=63), les « autres » sont également autorisés à déclarer un incident. Cette catégorie comprend, entre autres, le personnel: des services administratifs, d'admission et d'accueil, de transport des patients, de la cuisine, du service social, le personnel paramédical, les bénévoles et les étudiants infirmiers (tableau 3).

Tableau 3 : Aperçu des collaborateurs autorisés à faire une notification

	nombre de systèmes de rapportage et d'apprentissage (n=168)	%
autres collaborateurs impliqués dans les soins	166	99 %
personnel infirmier	165	98 %
médecins	158	94 %
pharmacien	151	90 %
personnel logistique	134	80 %
autres (le personnel de cuisine, étudiants,...)	63	38 %
patients	17	10 %

3.3. L'utilisation de l'ensemble minimum de données de la taxonomie

Les hôpitaux devaient classer les cinq incidents choisis pour une analyse en utilisant la taxonomie de l'OMS et en se basant sur l'ensemble minimum de données. Au total, l'ensemble minimum de données demandé est utilisé pour 714 incidents. Il convient de faire les remarques suivantes :

- les hôpitaux n'ont pas tous procédé à une analyse de l'incident ;
- les hôpitaux n'ont pas tous codifié les incidents comme demandé ;
- les hôpitaux n'ont pas tous ajouté un code à chaque catégorie ;
- les hôpitaux n'ont pas tous codifié les incidents jusqu'au niveau le plus décliné ;
- les hôpitaux n'ont pas tous ajouté deux codes (processus et problème) pour la classe « type d'incident », et ceci notamment en raison d'un manque de clarté dans l'instrument de rapportage ;
- certains hôpitaux ont indiqué plusieurs codes alors qu'un seul devait être choisi ;
- certains hôpitaux ont ajouté des catégories (par exemple la catégorie « escarre de décubitus »).

Tous les hôpitaux disposant d'un système de rapportage et d'apprentissage reprennent la classe « caractéristiques de l'incident ». Les classes « type d'incident » et « résultats pour le patient » sont prévues dans respectivement 97 % (n=163) et 96 % (n=161) des systèmes de rapportage et d'apprentissage. La classe « résultats pour l'organisation » est prévue dans 87 % (n=146) des systèmes de rapportage et d'apprentissage (tableau 4).

Tableau 4 : Intégration des quatre classes de l'ensemble minimum de données de la taxonomie de l'OMS dans les systèmes de rapportage et d'apprentissage des hôpitaux (n=168)

	n	%
type d'incident	163	97 %
caractéristiques de l'incident	168	100 %
résultats pour le patient	161	96 %
résultats pour l'organisation	146	87 %

Les hôpitaux évoquent plusieurs raisons pour lesquelles l'ensemble minimum de données n'est pas (encore) intégré :

- le nouveau système de rapportage et d'apprentissage est en préparation. Il est prévu d'y intégrer l'ensemble minimum de données (n=12) ;

- la classe « résultats pour l'organisation » est difficile à estimer par le déclarant. Pour cette raison, cette classe n'est pas reprise sur le formulaire de notification mais est prévue dans l'analyse de l'incident (n=3);
- la classe « résultats pour l'organisation » sera intégrée en 2011 (n=3);
- pour encourager le rapportage, on opte pour un rapportage succinct. La classe « type d'incident » sera complétée ultérieurement;
- l'ensemble minimum de données n'était pas prévu au départ et le système n'a pas été amélioré par la suite;
- le système de rapportage utilisé a été acheté avant la communication des critères par l'autorité fédérale.

Les hôpitaux devaient décrire, analyser et classer cinq incidents en utilisant la taxonomie de l'OMS et en se basant sur l'ensemble minimum de données. Les résultats ci-dessous concernent l'analyse des champs obligatoires de l'ensemble minimum de données. Il n'a pas toujours été possible de déterminer comment et sur quelle base les hôpitaux sélectionnent ces cinq incidents, ce qui ne nous permet pas de parler d'échantillon représentatif. Les résultats ci-dessous doivent donc être interprétés avec circonspection.

3.3.1. Type d'incident

Les incidents les plus régulièrement analysés concernent :

- médication/liquides IV (28 %, n=347);
- accident du malade (17 %, n=208);
- processus/procédure des soins (16 %, n=192);
- comportement du personnel/patient (13 %, n=155).

Plus de la moitié des incidents liés à la médication/liquides IV concernent : l'administration au patient (n=83); la dose/concentration ou fréquence d'administration erronée (n=48); le médicament erroné (n=28); le patient erroné (n=24).

La taxonomie subdivise le type d'incident « accident du malade » en deux grandes catégories : « accident du malade » et « chutes ». Trois incidents sur quatre concernent des « chutes ». Il s'agit dans ce cadre principalement de « glisser » et « perte d'équilibre » et les objets les plus souvent impliqués sont : le « lit », la « chaise » et la « toilette ».

Dans un incident sur cinq de type « processus/procédure de soins », les hôpitaux déclarent qu'il s'agit d'un processus « thérapie/intervention » et le problème le plus souvent pointé est « incomplet/inadéquat ».

Les incidents de type « comportement du personnel/patient » concernent principalement le « comportement du patient » (86 %, n=134) et plus spécifiquement l'agression physique, l'automutilation/suicide, la fuite et l'agression envers un objet inanimé.

La taxonomie prévoit un code spécifique pour tous les incidents concernant un patient erroné. Ces codes se terminent systématiquement par « z ». Il ressort de l'analyse que 6 % (n=76) des codes attribués au type d'incident sont liés à un patient erroné (tableau 5). La classe « médication » est la plus fréquente.

Tableau 5 : Aperçu des types d'incidents liés à un patient erroné (n=76)

type d'incident	n	code
médication	24	aecz
administration relative aux soins	17	aabz
processus/procédure des soins	14	abbz
sang/produits sanguins	11	afcz
documentation	8	acbc ³
nutrition	2	agcz
oxygène/gaz/produits volatils	0	ahcz
total	76 (6 %)	

3.3.2. Caractéristiques de l'incident (lieu de l'incident)

Dans les hôpitaux aigus, les caractéristiques du lieu de l'incident concernent surtout les « soins pendant une procédure spécifique », les « soins dans une unité de soins ordinaire » ou les « soins dans un service d'hospitalisation ». Dans les hôpitaux psychiatriques, il s'agit de « traitement à l'hôpital » et dans les hôpitaux Sp de « soins dans une unité de soins ordinaire ».

3.3.3. Résultats pour le patient (degré de sévérité³)

Dans pratiquement un incident sur quatre, le dommage est « léger » ; dans un cas sur cinq, le dommage est « modéré ». Dans 14 % des cas, les dommages sont « graves » ou le patient est « décédé ». Dans 43 % des incidents, il n'y a pas de dommage pour le patient.

2 Ce code est erroné et sera modifié.

3 La signification des différents degrés de sévérité sont décrits en annexe 2 du présent chapitre.

Il convient de souligner une nouvelle fois que ces chiffres ne peuvent être extrapolés car il s'agit d'un échantillon non représentatif.

3.3.4. Résultats pour l'organisation

Seulement 3 % des hôpitaux indiquent le code « pas de conséquences pour l'institution » et, dans trois incidents sur quatre, les hôpitaux indiquent des conséquences pour l'institution. Il s'agit principalement de « traitements ou examens supplémentaires » et de « perturbation du flux de travail ou délai d'attente prolongé pour d'autres patients ». Certains hôpitaux indiquent qu'un seul incident donne lieu à plusieurs conséquences. Les hôpitaux psychiatriques indiquent le résultat « dégâts matériels aux biens de l'hôpital » dans 10 % des incidents.

3.4. Intégration du modèle d'exportation XML

Au total, 62 % (n=104) des hôpitaux qui disposent d'un système de rapportage et d'apprentissage ont intégré le modèle d'exportation XML. C'est généralement l'hôpital qui a intégré de modèle (dans six cas sur dix).

44 % (n= 31) des hôpitaux disposant uniquement d'un système de notification par écrit ont réussi à intégrer le système d'exportation XML et 83 % (n=38) des hôpitaux disposant d'un système uniquement électronique ont réussi à intégrer le système d'exportation XML. 17 % des hôpitaux (n=8) disposant d'un système de rapportage entièrement électronique n'ont pas intégré le XML (tableau 6).

Tableau 6 : Niveau d'intégration du modèle d'exportation XML dans les systèmes de rapportage et d'apprentissage des hôpitaux belges, subdivisé en fonction du mode de notification

	système uniquement électronique		système uniquement par écrit		les deux		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
XML non intégré	8	17 %	39	56 %	17	33 %	64	38 %
XML intégré	38	83 %	31	44 %	35	67 %	104	62 %
total	46	100 %	70	100 %	52	100 %	168	100 %

Les hôpitaux qui n'avaient pas (encore) intégré le XML au 31 décembre 2010 invoquent les raisons suivantes :

- l'intégration du modèle d'exportation XML est prévue dans le courant de l'année 2011 (n=23 hôpitaux) ;
- il existe une grande variété au niveau des systèmes et nous essayons d'arriver à une certaine uniformité. Ces hôpitaux collaborent à ce niveau avec une association faitière (n=5 hôpitaux) ;
- le transport des données via XML ne sera possible qu'après l'achat d'un système de rapportage et d'apprentissage commercial (n=3 hôpitaux). Cet achat est prévu (n=6 hôpitaux) ;
- la taxonomie n'est pas ajoutée au système de rapportage actuel (n=2 hôpitaux) ;
- on attend des informations et des instructions de l'autorité fédérale (n=4 hôpitaux) ;
- un système commun à un groupe d'hôpitaux est en préparation (n=6 hôpitaux) ;
- on ne dispose pas d'expertise dans ce domaine dans l'hôpital (n=3 hôpitaux) ;
- du fait de la petite taille de l'institution, nous procédons à une analyse coûts/bénéfices (n=2 hôpitaux) ;
- la possibilité d'exportation n'est pas pertinente étant donné qu'il n'y a pas d'interprétation univoque et qu'il n'y a pas d'enregistrement possible. Il existe par conséquent des variations au niveau du codage (n=1 hôpital) ;
- les notifications se font uniquement par écrit et l'exportation des données via XML n'est pas prévue (n=9 hôpitaux).

3.5. Méthodes d'analyse rétrospective

Dans le cadre des contrats «coordination qualité et sécurité des patients», les hôpitaux devaient procéder à l'analyse rétrospective de ces cinq incidents. Pour ce faire, les hôpitaux pouvaient choisir parmi les méthodes suivantes : PRISMA, ACR, SIRE, BowTie (également une méthode proactive).

Ci-dessous, vous trouverez un aperçu des méthodes d'analyse rétrospective utilisées par les hôpitaux. Ces méthodes sont mises en corrélation avec le degré de sévérité de l'incident. Les méthodes de communication des résultats sont présentées par la suite.

174 incidents ont fait l'objet d'une analyse rétrospective sur les 178 hôpitaux qui ont présenté un rapport. Cela signifie que tous les hôpitaux n'ont pas procédé à l'analyse rétrospective de cinq incidents.

Les méthodes PRISMA (n=460) ou ACR (n=141) sont utilisées pour l'analyse de 84 % des incidents⁴. 10 % des incidents (n=72) sont analysés avec la méthode SIRE, 6 % (n=41) avec la méthode BowTie (tableau 7).

Tableau 7 : Aperçu des méthodes d'analyse utilisées dans les hôpitaux belges, par type d'hôpital (n=714)

	hôpitaux aigus		hôpitaux psychiatriques		hôpitaux Sp		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PRISMA	260	61 %	166	73 %	34	54 %	460	64 %
RCA	101	24 %	33	14 %	7	11 %	141	20 %
SIRE	52	12 %	6	3 %	14	22 %	72	10 %
BowTie	10	2 %	23	10 %	8	13 %	41	6 %
total	423	100 %	228	100 %	63	100 %	714	100 %

3.5.1. Méthodes d'analyse utilisées en fonction du degré de sévérité

Dans un incident sur trois, la méthode PRISMA est utilisée pour les incidents à partir du degré de sévérité « modéré ». La méthode SIRE qui, d'après la littérature, est surtout destinée à analyser les incidents plus graves, est cependant utilisée pour analyser 6 % des incidents de sévérité « modérée » ou de sévérité plus élevée. La méthode RCA est adoptée dans 10 % des cas et la méthode BowTie dans 3 % des cas.

3.5.2. Communication sur les résultats des analyses effectuées

Plus de 96 % des analyses d'incidents (n=689) font l'objet d'un feedback avec une ou plusieurs structures ou collaborateurs hospitaliers (tableau 8).

⁴ Contrairement à la méthode ACR, on dresse, dans la méthode PRISMA, une classification des causes racines en « techniques », « organisationnelles », « humaines » et « liées aux patients », ce qui permet d'élaborer ensuite des actions d'amélioration plus ciblées.

Tableau 8 : Aperçu du nombre d'analyses d'incidents ayant donné lieu à une communication

	total des analyses effectuées		analyses ayant donné lieu à une communication	
	n		n	%
PRISMA	460		449	98 %
SIRE	72		63	88 %
RCA	141		138	98 %
BowTie	41		39	95 %
total	714		689	96 %

Près de quatre analyses d'incidents sur dix (38 %) donnent lieu à une communication avec: le médecin-chef (15 %), le comité permanent de concertation entre le gestionnaire et les médecins (14 %) et l'infirmier en chef (10 %). Plus de 9 % (n=63) des analyses sont communiquées au coordinateur qualité et/ou sécurité des patients. Dans 6 % des cas (n=41), les analyses sont communiquées au sein du comité qualité et/ou sécurité des patients. 35 analyses (5 %) sont communiquées au pharmacien (n=30) et au comité médico-pharmaceutique (n=5).

Aucune des analyses d'incident n'est communiquée au médecin hygiéniste, au comité d'éthique, au conseil d'administration ou aux patients (tableau 9).

On note une grande variété de structures et groupes de travail dans la catégorie « autres ».

Tableau 9 : Aperçu des structures et collaborateurs hospitaliers ayant reçu un feedback des analyses d'incident

	PRISMA	SIRE	RCA	BowTie	total	
	n	n	n	n	n	%
autre	67	14	23	5	109	15,8 %
médecin-chef	77	6	9	8	100	14,5 %
comité permanent de concertation entre le gestionnaire et les médecins	62	6	13	12	93	13,5 %
infirmier en chef – chef de service (et/ou cadre moyen)	60	2	5	5	72	10,4 %
coordinateur qualité et/ou sécurité des patients	28	9	26	0	63	9,1 %

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

	PRISMA	SIRE	RCA	BowTie	total	
	n	n	n	n	n	%
chef du département infirmier	30	3	14	0	47	6,8 %
comité qualité et/ou sécurité des patients	32	1	8	0	41	6,0 %
directeur financier	20	5	3	3	31	4,5 %
pharmacien	21	5	3	1	30	4,4 %
infirmier – hygiéniste	10	3	5	0	18	2,6 %
directeur de l'informatique	9	1	6	0	16	2,3 %
comité de transfusion	3	1	5	0	9	1,3 %
conseiller en prévention	4	0	3	0	7	1,0 %
personnel infirmier	6	0	1	0	7	1,0 %
directeur médical	2	1	3	0	6	0,9 %
comité de direction	5	0	0	0	5	0,7 %
comité médico-pharmaceutique	2	2	1	0	5	0,7 %
adjoint à la direction	4	0	0	0	4	0,6 %
médecins	2	0	2	0	4	0,6 %
département logistique	0	0	4	0	4	0,6 %
conseil médical	0	0	0	4	4	0,6 %
directeur général	1	1	1	0	3	0,4 %
comité du matériel médical	3	0	0	0	3	0,4 %
directeur administratif	1	1	0	0	2	0,3 %
conseil infirmier et/ou paramédical	0	0	2	0	2	0,3 %
comité pour la prévention et la sécurité au travail	0	1	0	0	1	0,1 %
comité d'hygiène hospitalière	0	1	0	0	1	0,1 %
commission d'évaluation de la qualité des soins	0	0	0	1	1	0,1 %
personnel paramédical	0	0	1	0	1	0,1 %
médecin – hygiéniste	0	0	0	0	0	0,0 %
comité d'éthique	0	0	0	0	0	0,0 %
conseil d'administration	0	0	0	0	0	0,0 %
patients	0	0	0	0	0	0,0 %
total	449	63	138	39	689	100 %

3.6. Formulaire de notification

Les hôpitaux devaient joindre une copie vierge de tous les formulaires de notification utilisés dans l'hôpital.

À un hôpital près, tous les hôpitaux possédant un système de rapportage et d'apprentissage ont joint ces formulaires. 167 hôpitaux ont envoyé 327 formulaires de notification. Le nombre de formulaires de notification utilisé varie entre un et quinze par hôpital.

41 % de l'ensemble des formulaires de notification envoyés (n=135) concernent des formulaires généraux de notification. Le reste (n=192) concerne des thèmes spécifiques à la sécurité des patients tels que la médication et l'agression.

Les 135 formulaires généraux de notification peuvent être subdivisés en :

- formulaires dans lesquels la terminologie taxonomique est entièrement intégrée (n= 32);
- formulaires dans lesquels la terminologie n'est pas intégrée et pour lesquels la classification doit être effectuée *a posteriori* par la personne responsable de l'analyse d'incident (n=103). Ces formulaires sont soit pré-structurés (n=82), soit contiennent des champs de texte libre (n=21).

Les 192 formulaires relatifs à la sécurité des patients concernent des thèmes spécifiques très variés. Les principaux thèmes pour lesquels des formulaires de notification distincts ont été développés sont les formulaires concernant : les chutes (11 %), la médication (9 %) et l'agression (7 %).

3.7. Actions d'amélioration

795 actions d'amélioration sont initiées à la suite d'un incident (tableau 10). Les actions d'amélioration concernent le plus souvent la « médication » (20 %) et les « procédures, recommandations et protocoles » (18 %).

Les actions d'amélioration relatives à la médication concernent par exemple l'optimisation du système de distribution des médicaments, le développement d'un système de gestion électronique des médicaments, le réaménagement de l'armoire à médicaments, le lancement d'un appel à tous les services infirmiers pour une plus grande vigilance, un plus grand contrôle et une plus grande précision aussi bien au niveau de la préparation que de l'administration des médicaments.

Les actions d'amélioration relatives aux procédures, protocoles et recommandations sont formulées ou revues par exemple pour les accidents par piqûre, les maladies contagieuses, le drainage ventriculaire, la consommation d'alcool et l'usage de drogues, l'accueil, l'admission et la sortie de l'hôpital.

Une formation ou une information spécifiques sont données au personnel (y compris les stagiaires) dans 10 % des cas. Parmi les thèmes concernés, on retrouve : les techniques de réanimation, le TDAH (trouble de déficit de l'attention/hyperactivité), les demandes d'examen pré-opératoire, les allergies, la fixation, la transfusion sanguine et l'isolement.

Des actions d'amélioration sont initiées en ce qui concerne le matériel médical (6,5 %). Elles vont par exemple de l'usure et des pannes du matériel à l'appel de services de support pour l'achat et/ou l'utilisation d'un appareil.

Des actions d'amélioration sont initiées quant à l'identification des patients (6 %). La majorité de celles-ci concernent l'identification des échantillons de laboratoire et l'identification des patients à l'aide de bracelets.

Des actions d'amélioration sont prises au niveau des infrastructures (5 %). Elles concernent principalement le fait de veiller à avoir un éclairage adéquat, la réparation plus rapide des pannes et le traitement du sol avec du matériel antidérapant.

La majorité des actions d'amélioration dans le bloc opératoire (4,9 %) concernent l'implémentation de la *Safe Surgery Checklist* de l'OMS.

Les actions d'amélioration prises à la suite d'un incident de chute (4,7 %) sont, entre autres : le développement d'une procédure de prévention des chutes, l'analyse du risque de chute, l'enregistrement des incidents de chute, des informations sur les chutes aux prestataires de soins et des adaptations infrastructurelles.

À peine plus de 3 % des actions d'amélioration sont orientées patient. Ces actions d'amélioration comprennent, entre autres, l'information des patients sur la prévention des incidents de chute (se lever en toute sécurité d'une chaise roulante ou d'un fauteuil, porter de bonnes chaussures) et sur l'importance d'un traitement médicamenteux correct en mettant l'accent sur la responsabilité du patient.

D'autres actions d'amélioration sont citées. Elles ont trait à la nutrition, l'agression, la fixation, le sang et les transfusions sanguines, le transfert... (tableau 10).

Tableau 10: Aperçu des thèmes pour lesquels des actions d'amélioration sont initiées à la suite d'un incident (n=795)

thème	n	%
médication	159	20,0 %
procédures/protocoles/recommandations	139	17,5 %
formation/information du personnel suite à un incident/instruction des stagiaires	79	9,9 %
matériel médical	52	6,5 %
identification	48	6,0 %
infrastructure	40	5,0 %
bloc opératoire	39	4,9 %
chutes	37	4,7 %
action/information des patients	27	3,4 %
nutrition	22	2,8 %
agression	22	2,8 %
fixation	21	2,6 %
sang et transfusions sanguines	18	2,3 %
transfert	15	1,9 %
nombre de personnel disponible	13	1,6 %
amélioration de la communication	12	1,5 %
urgences	11	1,4 %
surveillance des patients	10	1,3 %
isolement	8	1,0 %
dossier électronique du patient	6	0,8 %
suicide	5	0,6 %
stérilisation	3	0,4 %
escarres de décubitus	3	0,4 %
groupe de travail multidisciplinaire	3	0,4 %
infections	2	0,3 %
création d'une culture ouverte de notification	1	0,1 %
total	795	100 %

4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE CONTRAT (2007-2008) ET DE LA TROISIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2009-2010)

Au cours de la première année de contrat (2007-2008), les hôpitaux avaient, pour la première fois, répondu à des questions concernant le rapportage et l'analyse des incidents et presque incidents. Pour la troisième année du contrat (2009-2010) cette thématique a d'ailleurs constitué le thème central du pilier 1 du contrat. Une comparaison des résultats entre la première année de contrat et la situation actuelle s'avère donc opportune.

Fin 2010, 94 % des hôpitaux belges qui participent au contrat disposent d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents. En juin 2008, 80 % des hôpitaux disposaient d'un tel système.

En 2010, les données ne permettent pas de déterminer si tous les systèmes de rapportage et d'apprentissage sont des systèmes étendus à l'ensemble de l'hôpital. En 2008, 80 % des hôpitaux participants avaient déclaré disposer d'un système de rapportage étendu à l'ensemble de l'hôpital.

La possibilité de notification électronique a augmenté en Flandre (de 57 % à 76 %) et à Bruxelles (de 14 % à 36 %). En Wallonie, on note un *statu quo* (34 %).

En juin 2008, 53 % des hôpitaux offraient le choix entre une notification anonyme et une notification nominative; en 2010, ce pourcentage est de 89 %. Il convient de souligner ici le fait que prévoir une possibilité de choix faisait partie des critères fédéraux (annexe 1) du fait que le système de rapportage et d'apprentissage doit satisfaire aux exigences posées par la législation relative à la protection de la vie privée (loi du 8 décembre 1992 et son arrêté d'exécution du 13 février 2001).

En juin 2008, 51 % des hôpitaux avaient déclaré que tous les collaborateurs de l'hôpital pouvaient déclarer un incident ou un presque incident; en 2010, pratiquement tous les collaborateurs peuvent faire une notification. La part des médecins et des infirmiers autorisés à faire une notification a fortement augmenté. En 2010, les médecins peuvent faire une notification dans 94 % des hôpitaux (8 % en 2008) et les infirmiers le peuvent dans 98 % des hôpitaux (12 % en 2008).

En juin 2008, 31 % (n=43) des hôpitaux utilisaient des méthodes spécifiques mais extrêmement diverses pour l'analyse des incidents et presque incidents.

L'analyse rétrospective des incidents et presque incidents est reprise dans le contrat en 2010, de sorte que nous pouvons dire que tous les hôpitaux participants (n=178) analysent des incidents ou presque incidents. Les hôpitaux n'ont toutefois pas tous analysé cinq incidents ou presque incidents.

La majorité des actions d'amélioration initiées à la suite d'un incident concernent la médication, aussi bien durant la première année de contrat (2007-2008) que durant la troisième année de contrat (2009-2010).

5. DISCUSSION

Les résultats et conclusions repris plus haut reposent sur les rapports remis par les hôpitaux dans le cadre du contrat de 2009-2010. L'autorité fédérale n'a pas la possibilité d'examiner de manière approfondie la fiabilité des données présentées.

Lors du traitement des résultats, l'autorité fédérale a constaté que la majorité des hôpitaux ont répondu avec sérieux aux demandes du pilier 1. Plusieurs hôpitaux se sont limités à donner une description superficielle ou succincte des incidents demandés. Certains hôpitaux reprennent cinq fois le même type d'incident et décrivent cinq fois la même action d'amélioration.

Les collaborateurs hospitaliers n'ont pas eu peur de rapporter et d'analyser des incidents graves. Le nombre des collaborateurs hospitaliers autorisés à faire des notifications a sensiblement augmenté par rapport à il y a trois ans. Ces deux constatations pourraient indiquer une évolution positive dans la culture de notification des hôpitaux.

Dans 10% des hôpitaux, les patients peuvent également déclarer des incidents ou presque incidents. Les données ne permettent pas d'établir si les incidents signalés par les patients sont analysés et si les patients reçoivent un feedback.

La majorité des hôpitaux classe les incidents ou presque incidents en suivant la taxonomie de l'OMS mais les hôpitaux n'ont pas tous entièrement intégré l'ensemble minimum de données dans le système de rapportage et d'apprentissage comme cela leur avait été demandé. Les hôpitaux n'ont pas non plus tous codifié les incidents jusqu'au niveau le plus décliné, ce qui affaiblit leur caractère instructif. Si, par exemple, seule la classe « médication/ liquides IV » est codifiée, il est difficile de déterminer s'il s'agit du formulaire, de la distribution, de l'administration, d'un médicament périmé ou d'un pa-

tient erroné. Il est impossible de formuler des actions d'amélioration ciblées basées sur une classification aussi sommaire.

Il est important de mentionner un nombre de remarques émises à propos de certaines classes de la taxonomie de l'OMS :

- certains types d'incidents ne sont pas suffisamment développés. La classification des « chutes » est trop limitée et la taxonomie ne permet pas de codifier les escarres de décubitus. Certains hôpitaux ont dès lors ajouté des codes supplémentaires pour ces types d'incidents ;
- dans la taxonomie, il manque certaines classes d'incidents comme les « dommages à de personnes autres que le patient » (prestataires de soins, famille, autre patient). La classe « comportement » ne permet pas de codifier le « comportement » de personnes autres que le patient ou le prestataire de soins (famille, autre patient...);
- la classe « caractéristiques de l'incident » est plus facile à utiliser dans les hôpitaux aigus que dans les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux Sp ;
- la taxonomie de l'OMS ne permet pas de codifier les dommages psychologiques, matériels et financiers.

Cette taxonomie incomplète est provisoire : l'OMS prévoit de la modifier.

Il est important de savoir qu'un système de rapportage et d'apprentissage ne capte qu'un nombre limité seulement des (presque) incidents qui se produisent dans les hôpitaux. La question se pose également de savoir dans quelle mesure les systèmes utilisés dépassent l'« enregistrement ». La notification à proprement parler n'aide pas, en effet, à améliorer la sécurité des patients. En d'autres termes : il est difficile de déterminer dans quelle mesure le système de rapportage et d'apprentissage est ou non utilisé pour tirer des leçons des expériences et transformer les connaissances acquises en actions d'amélioration ciblées implémentées par projet.

Comparativement à il y a trois ans, il y a plus de notifications électroniques et ceci aussi bien en Flandre qu'à Bruxelles. En Wallonie, on note un *statu quo*. Par ailleurs, il ressort que dans douze des trente plus gros hôpitaux (600 lits ou plus), les notifications ne se font que par écrit.

La discussion relative à la notification électronique ou écrite n'est de loin pas une discussion triviale et l'affirmation selon laquelle le mode de notification n'est pas important n'est pas non plus tout à fait correcte. En effet, la notification seule ne contribue pas à améliorer la sécurité des patients. Ce qui y contribue, c'est ce qu'on fait ensuite de ces notifications. Dans ce con-

texte, la notification électronique doit être encouragée parce qu'elle fournit d'importantes opportunités. Les principales opportunités sont brièvement décrites ci-dessous :

- un formulaire de notification électronique simple et accessible à tous, qui s'intègre dans un système de rapportage et d'apprentissage plus large, fait gagner du temps et limite à un minimum la charge administrative ;
- les systèmes de notification électronique permettent de faire des graphiques, des tableaux et des rapports structurés qui peuvent être demandés et effectués à n'importe quel moment. Ces outils peuvent s'avérer des instruments stratégiques utiles pour permettre aux collaborateurs et à la direction des hôpitaux de mieux comprendre le phénomène de la sécurité des patients ;
- l'inventaire des causes racines dans une base de données en fonction de l'Eindhoven Classificatie Model (PRISMA) permet, au fil du temps, d'identifier les causes racines les plus courantes et de mettre en place des actions d'amélioration beaucoup plus ciblées ;
- un système de notification électronique offre aussi la possibilité de corréler les actions d'amélioration et les notifications et de donner un feedback au déclarant. Un feedback rapide qui montre clairement que l'analyse des notifications contribue réellement à améliorer la sécurité des patients est essentiel pour maintenir une volonté de notification. Ce feedback peut aussi faciliter la communication sur les résultats des analyses effectuées vers les organes ou les collaborateurs de l'hôpital concernés. Il va de soi que la volonté de notification et la communication sur les résultats des analyses d'incident ne sont possibles que dans une culture de sécurité non sanctionnante. La direction de l'hôpital joue un rôle central dans la stimulation active et le soutien d'une culture de ce type ;
- la notification électronique est aussi importante en vue de la standardisation de l'échange électronique des données. L'autorité fédérale a fait développer un système d'exportation XML et stimule les hôpitaux à implémenter ce modèle dans leur système de rapportage et d'apprentissage. Un système de notification électronique constitue une condition *sine qua non* à l'échange à terme des données entre les hôpitaux ;
- théoriquement, le meilleur scénario serait un système de rapportage et d'apprentissage intégré et étendu à l'ensemble de l'hôpital qui permettrait aussi la notification des incidents relatifs à la radiothérapie, à l'imagerie médicale, à l'hémovigilance ou encore aux infections nosocomiales,... Pour permettre l'éventuelle mise en place d'un tel scénario à terme, il faut un système de rapportage et d'apprentissage électronique qui intègre ces différents thèmes.

Certains hôpitaux de plus petite taille considèrent que le développement et l'implémentation d'un système de rapportage électronique ne sont pas réalistes. Il faut réfléchir à des solutions créatives pour permettre, à l'avenir, à tous les hôpitaux belges de faire des notifications électroniques.

Les données ne permettent pas d'établir clairement si les hôpitaux procèdent systématiquement à l'analyse rétrospective des incidents. La question se pose de savoir dans quelle mesure les analyses ne se limitent pas aux cinq incidents demandés dans le contrat. On peut cependant dire que la majorité des hôpitaux ont enrichi leurs connaissances sur les méthodes d'analyse spécifiques, soit par le biais des workshops sur PRISMA et SIRE, organisés par l'autorité fédérale, soit par les formations mises sur pied par des instituts ou organisations de formation externes.

La quasi-totalité des résultats des incidents analysés fait l'objet d'un feedback auprès d'une ou plusieurs structures ou collaborateurs hospitaliers. Ce feedback est fait le plus souvent au médecin-chef, au comité permanent de concertation entre le gestionnaire, les médecins et l'infirmier en chef. On remarque, par contre, que le feedback au pharmacien et au comité médico-pharmaceutique est, quant à lui, très limité. Cette constatation est importante, car les incidents les plus fréquemment sélectionnés par les hôpitaux dans le cadre du contrat étaient précisément des incidents relatifs à la médication. La communication avec le comité sécurité des patients est, elle aussi, limitée. Les résultats n'ont été communiqués aux patients dans aucun hôpital.

En conclusion, on peut dire que l'implémentation d'un système de gestion de la sécurité des patients est en évolution dans les hôpitaux belges. Année après année, on travaille sur différents éléments clés. Des tendances positives sont notées, par exemple au niveau de l'évolution de la culture de notification et de l'acquisition de connaissances plus approfondies sur les méthodes d'analyse rétrospective. Il reste bien sûr encore une large marge d'amélioration possible en ce qui concerne l'implémentation de systèmes de rapportage et d'apprentissage contemporains, intégrés et étendus à l'ensemble de l'hôpital ainsi qu'en ce qui concerne la communication avec les comités ou les collaborateurs hospitaliers concernés par les résultats des analyses d'incident effectuées.

Une implication active et réelle du corps médical, du corps infirmier, de tous les autres prestataires de soins et des directions hospitalières est et reste essentielle pour l'implémentation d'un système intégré de gestion de la sécurité des patients.



ANNEXE 1

Système de rapportage et d'apprentissage des incidents et presque incidents

Plusieurs critères ont été définis et acceptés dans le groupe de travail fédéral sécurité des patients du 4 juin 2009. Ce sont les critères auxquels doit satisfaire, au minimum, un système de rapportage et d'apprentissage :

- le principal objectif d'un système de rapportage est d'apprendre de l'expérience et de transformer les connaissances acquises en actions d'amélioration. Il est important de souligner que ce n'est pas la notification à proprement parler qui contribue à améliorer la sécurité des patients;
- lorsqu'un incident grave ou un presque incident (*near miss*) est déclaré dans un hôpital, cette notification doit mener à un examen plus approfondi qui permet d'identifier les causes sous-jacentes et les facteurs contributifs (échec du système) de l'incident (analyse des causes racines ou analyse systémique). Idéalement, cet examen doit être effectué au sein de l'institution. Les expériences d'apprentissage et les recommandations de *best practices* peuvent être élargies aux autres organisations de soins;
- les hôpitaux doivent avoir la possibilité de former des « experts » dans l'analyse des causes racines;
- le système de rapportage est non sanctionnant: il n'a pas pour objectif d'identifier ou de sanctionner du personnel impliqué dans un incident. Le déclarant doit avoir la certitude que sa notification ne donnera lieu à aucune sanction ou conséquence négative;
- le système de rapportage est indépendant de toute autre partie susceptible de prendre des sanctions;
- le système de rapportage a un caractère facultatif: le rapportage des incidents et presque incidents est volontaire et n'est lié à aucune sanction en cas de non-notification;
- la notification est confidentielle: les données d'identification du patient, du déclarant ou de l'institution ne peuvent jamais être divulguées à des tiers;
- le système de rapportage offre la possibilité de faire des notifications anonymes.

Les points d'attention sont:

- le niveau d'anonymisation (par exemple le comité sécurité des patients ou l'équipe sécurité des patients);

-
- la gestion de la base de données et l'accès à la base de données;
 - les choix relatifs à une notification centralisée (un seul point de notification) ou décentralisée (au niveau du département);
 - le système de notification doit, de préférence, tenir compte de tous les risques potentiels dans un large spectre de soins. Cela inclut le rapportage des incidents et presque incidents mais aussi des risques et des situations à risque ainsi que les suggestions d'amélioration...;
 - en principe, tout le monde devrait pouvoir faire une notification au sein de l'organisation de soins concernée: tous les prestataires de soins (médecins, infirmiers, paramédicaux, pharmaciens), patients, famille, médecin généraliste, etc.;
 - les hôpitaux doivent déterminer eux-mêmes les modalités de notification (processus de notification). Cela peut éventuellement être décrit dans un protocole de notification disponible pour les collaborateurs. Cela comprend les différentes possibilités de faire une notification (électronique, écrite, verbale, par mail) et les instruments utilisés (formulaire de notification avec des champs de texte libre et/ou check-lists, codes...). L'objectif est d'arriver à un mode de notification rapide, efficient, simple, convivial et clair pour tous;
 - la préférence va à une classification simple des notifications (*cf.* système danois). La proposition est de distiller une version simplifiée provisoire de la taxonomie de l'OMS qui comprenne une série d'éléments (une dizaine) devant au minimum obligatoirement être codifiés;
 - la présence d'un système de feedback (réponse visible) est essentielle. Le feedback se situe à trois niveaux:
 - immédiat au déclarant;
 - en temps utile sur les résultats des analyses à tous les collaborateurs;
 - la diffusion des expériences et des connaissances aux autres organisations.

ANNEXE 2

Détail de l'ensemble minimal de données demandé aux hôpitaux

Type d'incident – classe A

aa	administration relative aux soins
ab	processus-procédure des soins
ac	documentation
ad	infection liée aux soins (facultatif ⁵)
ae	médication/liquides IV
af	sang/produits sanguins
ag	nutrition
ah	oxygène/gaz/produits volatils
ai	appareil/équipement médical
aj	comportement du personnel/patient
ak	accident du malade
al	infrastructure/bâtiment/aménagements fixes
am	ressources/organisation/gestion

Résultats pour le patient (degré de sévérité) – classe B

Les résultats du patient concernent le type de dommage, le degré de sévérité du dommage et l'impact social et/ou économique de l'incident. Seul le degré de sévérité du dommage doit obligatoirement être codifié, les autres champs sont facultatifs.

Les degrés de sévérité (aucun, léger, modéré, grave, décès) sont définis comme suit dans la taxonomie :

- bba aucun dommage: l'incident est sans conséquence pour le patient, c'est-à-dire qu'on n'observe pas de symptômes et qu'aucun traitement supplémentaire n'est requis
- bbb dommage léger: le patient manifeste de légers symptômes ou une perte fonctionnelle limitée; les dommages sont minimes ou modé-

⁵ L'infection liée aux soins est un champ facultatif parce que ce type d'incident doit obligatoirement être enregistré pour l'ISP.

rés, mais de courte durée; aucune intervention n'est requise ou seulement une intervention minimale (par exemple une plus longue période d'observation ou un examen supplémentaire)

- bbc dommage modéré: l'incident engendre des symptômes qui mènent à une autre intervention (par exemple une opération ou des traitements complémentaires), à une prolongation de la durée du séjour ou l'incident engendre, pour le patient, des dommages ou des pertes fonctionnelles permanents ou de longue durée
- bbd dommage grave: l'incident rend nécessaire une intervention vitale ou une intervention chirurgicale ou médicale majeure nécessaire qui raccourcit la durée de vie ou l'incident engendre pour le patient de graves dommages ou pertes fonctionnelles permanents ou de longue durée
- bbe décès: le décès du patient a été causé ou accéléré à court terme par l'incident

Caractéristiques de l'incident – classe D

- da origine de l'incident (stade/phase des soins, heure et date de l'incident)
- db découverte de l'incident (stade/phase des soins, heure et date de l'incident)
- dc déclaration de l'incident (stade/phase des soins, heure et date de l'incident)

Résultats pour l'organisation – classe H

- ha dégâts matériels aux biens de l'hôpital
- hb augmentation des ressources nécessaires pour le patient
 - hba prolongation de la durée de séjour
 - hbb admission dans un service spécialisé
 - hbc examens ou traitements supplémentaires
 - hbd flux de travail perturbé/retards pour d'autres patients
 - hbe personnel supplémentaire nécessaire
 - hbf matériel supplémentaire nécessaire suite à l'incident
- hc médiatisation
- hd plainte formelle
- he atteinte à la réputation de l'hôpital
- hf conséquences judiciaires
- hg autres
- hh aucune

CHAPITRE 2.

PILIER 2 : ANALYSE ET (RE-) DÉVELOPPEMENT D'UN PROCESSUS INTRAMURAL

Conclusions clés

175 processus d'amélioration ont été présentés par 178 des 181 hôpitaux participants. Trois hôpitaux n'ont pas répondu au pilier 2. Les conclusions clés reprises ci-dessous ne concernent que ces 175 processus d'amélioration.

- 70 % des processus d'amélioration concernent les soins intra-muros. 30 % de ces processus traitent de transferts intra-muros et plus particulièrement de transferts à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (80 %).
- Dans les **hôpitaux aigus**, la moitié des processus d'amélioration sont des processus de soins intra-muros. Les pathologies les plus souvent sélectionnées sont : l'AVC, le carcinome mammaire, la prothèse totale de la hanche et l'insuffisance cardiaque congestive. Les pathologies qui ne sont jamais sélectionnées sont : le carcinome colorectal, le carcinome prostatique, le carcinome vésical, le carcinome pulmonaire, le VAP, le diabète et la cholécystectomie par voie laparotomique. Sur dix processus d'amélioration intra-muros découlant d'une analyse d'incident dans le cadre du pilier 1, deux concernent la médication et deux l'identification du patient.
- 60 % des processus de soins intra-muros dans les **hôpitaux psychiatriques** concernent les priorités en matière de politique de gestion de l'institution et principalement le syndrome métabolique, la politique d'isolement et la distribution des médicaments. Le processus de soins intra-muros relatif à l'agression concerne principalement la réaction à une agression et sa gestion ainsi que la prise en charge des collaborateurs dans ce type de situation.

- 30% des processus de soins intra-muros dans les **hôpitaux Sp** concernent des pathologies pour lesquelles il y avait eu un nombre élevé d'admissions en 2008. Ces pathologies sont notamment les prothèses totales de genou et de la hanche. 70% des processus de soins intra-muros ayant fait l'objet d'un processus d'amélioration concernent d'autres thèmes tels que la qualité des repas, la satisfaction des patients et l'alimentation par sonde. Les actions d'amélioration intra-muros découlant d'une analyse d'incident concernent la médication dans deux cas sur trois.
- Une **équipe multidisciplinaire** est constituée dans 98% des processus d'amélioration. De ce point de vue, on ne remarque pas de différence notable entre les trois types d'hôpitaux.
- Des Service Level Agreements (SLA) sont conclus pour près d'un processus d'amélioration sur trois.
- Le plan en dix étapes, y compris la phase de pérennisation, est entièrement finalisé pour 42% des processus d'amélioration (n=73).
- 979 indicateurs sont formulés sur les 175 processus d'amélioration.
- Au moins un indicateur est formulé dans 95% des processus d'amélioration. Plus de la moitié des hôpitaux formulent cinq indicateurs par processus d'amélioration.
- Les indicateurs sont quasi exclusivement des indicateurs de processus clinique.
- Un indicateur sur cinq peut être considéré comme un vrai indicateur, c'est-à-dire qu'il est suffisamment explicite et pour lequel un numérateur et un dénominateur sont formulés. Les indicateurs des hôpitaux psychiatriques sont ceux qui répondent le mieux à la définition d'un vrai indicateur (27%).
- Les indicateurs répondent aux critères d'un vrai indicateur dans 24% des processus d'amélioration présentés par les 103 hôpitaux aigus. Aucun indicateur ne répond à ces critères en ce qui concerne la fracture de la hanche, la césarienne, la hernie inguinale, l'accouchement par voie vaginale, la cholécystectomie par voie laparoscopique, l'infarctus aigu du myocarde et la prothèse totale du genou.

- Les indicateurs sont suffisamment spécifiés, décrivant clairement la population cible, pour 32 % des processus d'amélioration (n=18) présentés par les 57 hôpitaux psychiatriques.
- Les indicateurs sont formulés correctement, décrivant clairement leur numérateur et leur dénominateur, pour 40 % des processus d'amélioration (n=6) présentés par les 15 hôpitaux Sp.
- 904 interventions clés sont définies pour les 175 processus d'amélioration.
- Au moins une intervention clé est formulée dans 92 % des processus d'amélioration. 55 % des hôpitaux formulent six à dix interventions clés par action d'amélioration.
- La comparaison des résultats des rapports de la deuxième année de contrat (2008-2009) mène aux conclusions suivantes:
 - le rapport entre le nombre de processus de soins (70 %) et le nombre de processus de transferts intra-muros (30 %) est identique;
 - le syndrome métabolique demeure une priorité pour les hôpitaux psychiatriques;
 - une équipe multidisciplinaire est constituée dans pratiquement tous les processus d'amélioration (98 %). Cette proportion était nettement moins importante (73 %) au cours de la deuxième année de contrat (2008-2009);
 - des SLA sont conclus pour un processus d'amélioration sur trois. Cela n'était le cas que pour un processus d'amélioration sur cinq durant la deuxième année de contrat (2008-2009);
 - l'ensemble du plan par étapes est entièrement finalisé dans 42 % des processus d'amélioration. Cela n'était le cas que pour 14 % des processus d'amélioration durant la deuxième année de contrat (2008-2009);
 - des indicateurs et des interventions clés sont formulés dans pratiquement tous les processus d'amélioration. Cela n'était le cas que dans 66 % des processus d'amélioration au cours de la deuxième année de contrat (2008-2009);
- Plus de la moitié des hôpitaux (58 %) n'assure pas la pérennisation d'un processus d'amélioration dans le délai imparti d'un an et demi.

1. INTRODUCTION

Pour cette troisième année de contrat (2009-2010), tout comme pour la deuxième année de contrat (2008-2009), une distinction est faite entre les trois types d'hôpitaux. Dans le cadre de ce contrat (2009-2010), les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp ont pu choisir comme processus d'amélioration : un processus de soins intra-muros existant ou un nouveau processus de soins intra-muros, un processus de transfert intra-muros ou un processus d'amélioration intra-muros découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1.

2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de la troisième année de contrat (2009-2010), les hôpitaux devaient à nouveau choisir un processus (ou partie de processus) intra-muros existant ou un nouveau processus (ou partie de processus) intra-muros à partir d'une liste préétablie.

Pour le processus (ou partie de processus) intra-muros choisi, les hôpitaux devaient :

- indiquer si une équipe multidisciplinaire est constituée ;
- indiquer si des *Service Level Agreements* (SLA) sont utilisés ;
- (re)développer, améliorer et/ou (ré)analyser le processus suivant un plan en dix étapes ;
- identifier les indicateurs et les interventions clés utilisés.

Avant de nous lancer dans chacun des aspects cités plus haut et la méthodologie utilisée, nous allons définir certaines notions.

2.1. Définitions

En traitant les résultats, l'autorité fédérale fait une distinction entre les processus d'amélioration, les processus de soins intra-muros, les processus de transferts intra-muros et les actions d'amélioration découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1.

Une définition de chacune de ces notions s'avère utile.

- Processus d'amélioration :
tout processus de soins intra-muros, processus de transfert intra-muros et actions d'amélioration découlant d'une analyse d'incident.
- Processus de soins intra-muros :
 - dans les hôpitaux aigus : processus basés sur une pathologie ;

- dans les hôpitaux psychiatriques: processus basés sur les priorités en matière de politique de gestion, basés sur l'agression ou sur les pathologies ayant représenté un nombre élevé d'admissions en 2008;
- dans les hôpitaux Sp: processus basés sur les pathologies ayant représenté un nombre élevé d'admissions en 2008.
- Processus de transfert intra-muros:
 - transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site;
 - transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital.
- Processus d'amélioration intra-muros découlant d'un incident: un processus d'amélioration initié à la suite de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1 pour lequel il fallait procéder à l'analyse rétrospective de cinq incidents (*cf.* description du pilier 1).

2.2. Processus d'amélioration sélectionnés

Les hôpitaux pouvaient évaluer et analyser leur propre fonctionnement à l'aide de différents processus spécifiques au type d'hôpital.

Les **hôpitaux aigus** pouvaient choisir un processus parmi:

1. un processus de transfert intra-muros;
2. un processus d'amélioration intra-muros, initié suite à l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1;
3. un processus (ou partie de processus) intra-muros basé sur les résultats des indicateurs cliniques du Feedback Multidimensionnel pour les Hôpitaux (FMH)⁶;
4. un processus (ou partie de processus) intra-muros sélectionné à partir d'une liste préétablie reprenant des pathologies liées à un nombre élevé de tableaux nosologiques et pour lesquelles des données sont disponibles, un résumé clinique minimum (RCM) existe ou des processus de soins à caractère multidisciplinaire sont déjà élaborés.

Le processus de soins sélectionné pouvait concerner les 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);

⁶ Le rapport Feedback Multidimensionnel pour les Hôpitaux (FMH) du SPF SPSCAE (avril 2008) a été transmis à tous les hôpitaux aigus au printemps 2008.

-
- césarienne (FMH);
 - diabète;
 - prothèse totale de la hanche;
 - prothèse totale du genou;
 - cholécystectomie par voie laparoscopique;
 - hernie inguinale;
 - accouchements par voie vaginale;
 - carcinome prostatique;
 - carcinome vésical;
 - carcinome mammaire;
 - carcinome pulmonaire;
 - carcinome colorectal.

Les **hôpitaux psychiatriques** pouvaient choisir un processus parmi :

1. un processus (ou partie de processus) intra-muros relatif à l'agression;
2. un processus (ou partie de processus) intra-muros qui représente une priorité en matière de politique de gestion;
3. un processus (ou partie de processus) intra-muros pour lequel il y avait un nombre élevé d'admissions en 2008;
4. un processus de transfert intra-muros;
5. un processus d'amélioration intra-muros, initié à la suite de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1.

Les **hôpitaux Sp** pouvaient choisir un processus parmi :

1. un processus (ou partie de processus) intra-muros ayant représenté un nombre élevé d'admissions en 2008;
2. un processus de transfert intra-muros;
3. un processus d'amélioration intra-muros, initié à la suite de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1.

2.3. La constitution d'une équipe multidisciplinaire

Pour analyser et/ou améliorer un processus d'amélioration, il est indispensable de constituer une équipe multidisciplinaire. Cette équipe est responsable du choix du projet d'amélioration et peut également susciter un engouement dans la phase d'implémentation. Pour cette raison, il est conseillé d'impliquer la direction, les médecins et les gestionnaires de soins⁷ dans cette phase.

7 www.zonmw.nl.

2.4. L'utilisation des Service Level Agreements

En ce qui concerne l'analyse et le (re)développement d'un processus existant ou nouveau, les hôpitaux sont encouragés à utiliser les *Service Level Agreements* (SLA) à titre de soutien sans pour autant que ce soit obligatoire.

Un *Service Level Agreement* (SLA) est une convention conclue entre le prestataire de services et un client sur le niveau de service minimal acceptable. Les SLA constituent un aspect important de la gestion des services et sont utilisés 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 ce concept trouve son origine dans le monde des technologies de l'information et de la communication, les SLA sont aujourd'hui de plus en plus souvent utilisés dans les hôpitaux pour répondre aux attentes croissantes en termes de qualité des soins. Les hôpitaux peuvent, par exemple, mettre en place des SLA entre, d'une part, les services de soutien (l'imagerie médicale, la pharmacie, la revalidation, l'alimentation, le nettoyage, etc.) et, d'autre part, les « clients » internes : les unités de soins où sont réalisées les activités clés de l'hôpital, à savoir les soins dispensés aux patients. Grâce aux SLA, les services de soutien peuvent être harmonisés de manière optimale par rapport aux activités de soins clés. La qualité du service interne et par conséquent aussi la qualité des soins peuvent ainsi être optimisées⁸.

2.5. Le plan en dix étapes

La méthode utilisée pour l'élaboration, l'amélioration ou l'analyse du processus d'amélioration est imposée depuis la deuxième année de contrat (2008-2009). Cette méthode de travail comprend au moins les dix étapes suivantes :

1. constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire chargé d'exécuter le projet à proprement parler ;
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 ;

⁸ www.vlerick.be; www.medinews.be.

-
7. implémentation et formation ;
 8. réalisation d'une post-mesure ;
 9. analyse des résultats de la post-mesure et, si nécessaire, planification des actions d'amélioration du processus ;
 10. pérennisation du processus.

2.6. Les indicateurs

Les indicateurs de soins sont des paramètres mesurables qui fournissent des indications sur la qualité des soins. Dans ce chapitre, l'accent est mis sur les indicateurs de processus qui fournissent une indication sur le déroulement des processus dans une organisation⁹.

2.7. Les interventions clés

Travailler avec des processus permet d'améliorer la qualité des soins par l'implémentation de recommandations de bonnes pratiques cliniques dans un cadre multidisciplinaire (et donc l'optimisation de l'application des connaissances médicales, paramédicales et infirmières les plus récentes). Les interventions clés sont les interventions les plus importantes dans le processus de soins et elles ont un impact sur la durée de déroulement ou le résultat du processus¹⁰. La détermination des interventions clés peut contribuer à l'implémentation et au suivi des directives.

Les hôpitaux ont présenté leurs résultats du pilier 2 via un document de rapportage standardisé (Excel) conçu par l'autorité fédérale. Les données ont été traitées qualitativement et quantitativement au niveau national et, en cas de pertinence, également par type d'hôpital.

3. RÉSULTATS

Les résultats sont subdivisés en quatre grandes parties :

- les processus d'amélioration sélectionnés, en faisant une distinction entre les processus de soins intra-muros, les processus de transfert intra-muros, et les processus d'amélioration intra-muros sur la base de l'analyse d'un processus dans le cadre du pilier 1 ;

⁹ www.zichtbarezorg.nl.

¹⁰ K. Vanhaecht, *Patiëntveiligheid door klinische paden*, Symposium patiëntveiligheid, stand van zaken, CZV-KULeuven, 2008.

- les caractéristiques des processus d'amélioration, présentés suivant la méthodologie en dix étapes et dans quelle mesure le processus est pérennisé;
- les indicateurs;
- les interventions clés;

La comparaison des résultats de la troisième année de contrat (2009-2010) avec les résultats de la deuxième année de contrat (2008-2009) est faite au chapitre quatre.

3.1. Les processus d'amélioration sélectionnés

Nous reprenons ci-dessous un aperçu global des processus d'amélioration en faisant une distinction entre les processus de soins intra-muros, les processus de transferts intra-muros et les processus d'amélioration qui découlent de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1. Les chiffres et la nature des processus d'amélioration sont ensuite repris, d'abord pour l'ensemble des hôpitaux et puis par type d'hôpital.

3.1.1. Nombre de processus d'amélioration

Les 181 hôpitaux belges participants ont présenté 175 processus d'amélioration. Trois hôpitaux aigus, deux psychiatriques et un Sp n'ont pas présenté de rapport concernant le pilier 2.

Tableau 1: Nombre de processus d'amélioration pour l'ensemble des hôpitaux belges et par type d'hôpital

	hôpitaux aigus	hôpitaux psychiatriques	hôpitaux Sp	total
nombre d'hôpitaux participants	106	59	16	181
nombre de processus d'amélioration présentés	103	57	15	175
nombre d'hôpitaux qui n'ont pas présenté de processus d'amélioration	3	2	1	6

3.1.2. Nature des processus d'amélioration

62 % des processus d'amélioration sont des processus de soins intra-muros, 30 % traitent de transferts intra-muros. Environ huit processus intra-muros sur dix (43 sur 53) concernent un transfert à l'intérieur d'un seul hôpital ou site. 7 % des processus d'amélioration sont basés sur l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1 (tableau 2).

Tableau 2: Nature des processus d'amélioration pour l'ensemble des hôpitaux belges et par type d'hôpital

	hôpitaux aigus		hôpitaux psychiatriques		hôpitaux Sp		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
processus de soins intra-muros	53	51 %	46	81 %	10	67 %	109	62 %
processus de transfert intra-muros	40	39 %	11	19 %	2	13 %	53	30 %
processus d'amélioration intra-muros, initiés à la suite de l'analyse rétrospective d'un inci- dent dans le cadre du pilier 1	10	10 %	0	0 %	3	20 %	13	7 %
total	103	100 %	57	100 %	15	100 %	175	100 %

3.1.3. Processus d'amélioration dans les hôpitaux aigus

Les hôpitaux aigus ont présenté 103 processus d'amélioration. Trois hôpitaux n'ont présenté aucun processus d'amélioration.

51 % des processus d'amélioration sélectionnés concernent un processus de soins intra-muros. Huit processus sur dix sont issus de la liste préétablie des pathologies, les autres processus sont des processus cliniques et il y a notamment un processus d'amélioration relatif à la politique d'observation des malades critiques dans les services C et D, un processus relatif à la maladie d'Alzheimer, un processus relatif à l'implémentation d'un faisceau de soins VAP et six processus d'amélioration dans le cadre de la campagne « Une chirurgie plus sûre pour sauver des vies » (*Safe Surgery*) (tableau 3).

Pratiquement la moitié des processus de soins intra-muros concernent quatre pathologies spécifiques: insuffisance cardiaque congestive (9%), prothèse totale de la hanche (11%), carcinome mammaire (13%) et AVC (15%). Aucun processus d'amélioration ne concerne le carcinome colorectal, le carcinome prostatique, le carcinome vésical, le carcinome pulmonaire, la CAP, le diabète et la cholécystectomie par voie laparotomique.

10 % des processus d'amélioration sont initiés à la suite de l'analyse d'un incident dans le cadre du pilier 1. Ils concernent les thèmes suivants:

- médication (n=2): un processus d'amélioration concerne la prescription de médicaments y compris leur administration au patient et le second processus d'amélioration concernait la prescription électronique de cytostatiques;

- identification du patient (n=2): introduction de (nouveaux) bracelets d'identification;
- escarres de décubitus: bas de contention TED sur mesure et enfilage selon les instructions et le manuel;
- cathéters intraveineux: placement suivant la procédure en vigueur;
- chute: développement d'un formulaire de notification numérique, intégré dans le dossier électronique du patient;
- incident gauche/droite: nouvelle procédure avec introduction des champs obligatoires dans le dossier électronique du patient concernant l'indication gauche/droite et l'intégration d'un *time out* au début de chaque intervention orthopédique élective;
- trajet patient des femmes enceintes qui se présentent aux urgences;
- entretien des endoscopes: processus d'amélioration à la suite de la découverte de mycobactéries saprophytiques dans une série d'échantillons de liquide bronchoalvéolaire pendant l'endoscopie.

Environ quatre processus d'amélioration sur dix concernent des transferts intra-muros, principalement à l'intérieur d'un seul hôpital ou site.

Tableau 3: Nature des processus d'amélioration des hôpitaux aigus

	n	%
politique d'observation des malades en état critique dans les services C et D	1	2 %
maladie d'Alzheimer	1	2 %
fracture de la hanche	1	2 %
implémentation du faisceau de soins de la VAP	1	2 %
césarienne	2	4 %
hernie inguinale	2	4 %
accouchement par voie vaginale	2	4 %
cholécystectomie par voie laparoscopique	3	6 %
infarctus aigu du myocarde (IAM)	4	8 %
prothèse totale du genou	4	8 %
insuffisance cardiaque congestive	5	9 %
processus dans le cadre de la Safe Surgery	6	11 %
prothèse totale de la hanche	6	11 %
carcinome mammaire	7	13 %
accident vasculaire cérébral (AVC)	8	15 %

	n	%
total des processus de soins	53	51 %
processus d'amélioration découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1	10	10 %
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	7	18 %
transfert intra-muros à l'intérieur d'un même hôpital ou site	33	83 %
total des processus de transferts intra-muros	40	39 %
total	103	100 %

3.1.4. Processus d'amélioration dans les hôpitaux psychiatriques

Les hôpitaux psychiatriques ont mis en place 57 processus d'amélioration. Deux hôpitaux n'ont pas présenté de processus d'amélioration.

Tableau 4: Nature des processus d'amélioration des hôpitaux psychiatriques

	n	%
priorité en matière de politique de gestion	34	60 %
agression	9	16 %
nombre élevé d'admissions	3	5 %
total des processus de soins	46	81 %
processus d'amélioration découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1	0	0 %
transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site	9	82 %
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	2	18 %
total des processus de transfert intra-muros	11	19 %
total	57	100 %

81 % (n = 46) des processus d'amélioration sont des processus de soins intra-muros. Sur ce nombre, 60% concernent la priorité en matière de politique de gestion, 16% l'agression et 5% les processus de soins pour lesquels il y avait un nombre élevé d'admissions en 2008. Un processus d'amélioration sur cinq concerne le transfert intra-muros, principalement à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (tableau 4).

Les priorités les plus courantes en matière de politique de gestion pour lesquelles des projets d'amélioration sont élaborés concernent :

- le syndrome métabolique (n=9);
- la politique d'isolement (n=6);
- la distribution des médicaments (n=5);
- le dossier informatisé du patient (n=3).

Les onze autres priorités en matière de politique de gestion pour lesquelles des projets d'amélioration sont lancés concernent :

- la politique relative à la gestion des incidents;
- l'implication de la famille du patient dans le traitement;
- la planification des soins de suivi;
- la politique d'admission;
- l'organisation des activités thérapeutiques;
- les soins dans le traitement des psychoses;
- la politique de prévention du suicide;
- la gestion des résultats: la mesure de l'efficacité du traitement;
- l'alimentation;
- le diagnostic précoce en psychiatrie gériatrique;
- la politique de soins dans le traitement des épilepsies.

Les processus de soins intra-muros relatifs à l'agression (n=9) concernent principalement la réaction à une agression et sa gestion ainsi que la prise en charge des collaborateurs dans le cadre d'un incident d'agression.

Trois hôpitaux ont lancé un processus de soins relatif au nombre élevé d'admissions en 2008. Deux de ces processus d'amélioration concernent la prévention des chutes chez les patients en psychiatrie gériatrique et un autre concerne le processus des admissions forcées. Un hôpital ne spécifie pas le processus d'amélioration choisi.

Aucun hôpital psychiatrique n'a mis en place de processus d'amélioration suite à l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1.

3.1.5. Processus d'amélioration dans les hôpitaux Sp

Les hôpitaux Sp ont présenté quinze processus d'amélioration. Un hôpital ne l'a pas fait. Dix processus d'amélioration sont des processus de soins intra-muros dont trois concernent des pathologies pour lesquelles il y avait eu un nombre élevé d'admissions en 2008 et sept concernent d'autres thèmes (tableau 5).

Les trois processus de soins liés à un nombre élevé d'admissions en 2008 concernent les pathologies suivantes :

- polypathologie et comorbidité chez des patients gériatriques ;
- trajet clinique d'une prothèse totale du genou ;
- trajet de soins après une prothèse de la hanche.

Les sept processus de soins liés aux autres thèmes concernent :

- l'amélioration de la qualité et le choix des repas ;
- l'amélioration de la procédure d'enquête sur la satisfaction des patients ;
- utilisation de l'alimentation par sonde ;
- l'implémentation du système d'identification des patients ;
- l'amélioration du trajet médicamenteux ;
- un trajet de soins pour la revalidation ambulatoire des patients SEP ;
- les chutes.

Trois processus d'amélioration sont initiés à la suite de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1 : deux concernent les médicaments et un concerne la réorganisation du repas en deux rondes en raison de la nécessité élevée d'un accompagnement et d'un soutien supplémentaires des patients au moment des repas.

Deux hôpitaux ont présenté un processus d'amélioration relatif au transfert intra-muros : pour un hôpital, il s'agit du transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site et pour l'autre, du transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital.

Tableau 5 : Nature des processus d'amélioration des hôpitaux Sp

	n	%
nombre élevé d'admissions en 2008	3	30 %
autres thèmes	7	70 %
total des processus de soins intra-muros	10	67 %
processus d'amélioration découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1	3	20 %
transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site	1	50 %
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	1	50 %
total des processus de transfert intra-muros	2	13 %
total	15	100 %

3.2. Caractéristiques des processus d'amélioration

L'autorité fédérale a ensuite demandé si une équipe multidisciplinaire est en place pour l'analyse et/ou l'amélioration du processus sélectionné, si des SLA sont utilisés et si le plan en dix étapes est finalisé (tableau 6).

Une **équipe multidisciplinaire** est en place dans 98% des processus d'amélioration (171 sur 175). On ne note pas de différence entre les trois types d'hôpitaux. Les questions posées ne permettent cependant pas de déterminer la composition exacte de l'équipe multidisciplinaire.

Les hôpitaux peuvent utiliser librement les **SLA** et, pour pratiquement un processus d'amélioration sur trois, des SLA sont conclus, principalement dans les hôpitaux aigus (40 %, n=41).

Dans le cadre de l'élaboration, de l'amélioration ou de l'analyse du processus, les hôpitaux doivent suivre le cycle PDCA. Les résultats ci-dessous concernent la mesure dans laquelle le **plan en dix étapes** est suivi.

Le tableau 6 montre que 42% des hôpitaux suivent le plan en dix étapes, la phase de pérennisation incluse. On ne note pas de grandes différences entre les trois types d'hôpitaux.

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

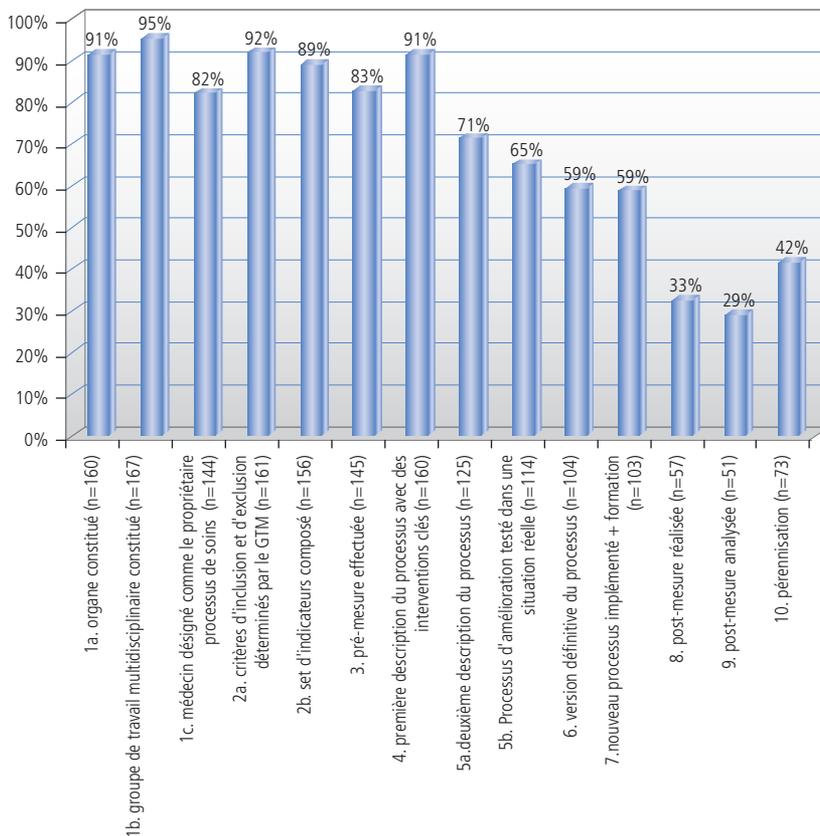
	hôpitaux aigus		hôpitaux psychiatriques		hôpitaux Sp		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
processus d'amélioration	103		57		15		175	
mise en place d'une équipe multidisciplinaire	101	98 %	55	96 %	15	100 %	171	98 %
utilisation des SLA	41	40 %	12	21 %	1	7 %	54	31 %
finalisation complète du plan en dix étapes	44	43 %	22	39 %	7	47 %	73	42 %

La graphique 1 montre dans quelle mesure les différentes étapes du processus sont réalisées pour l'ensemble des processus d'amélioration. Il ressort que, dans 91 % des processus d'amélioration, une première description du processus (en ce compris les interventions clés (étape 4)), est formulée. Pour 83 % des processus d'amélioration, une pré-mesure est effectuée. Dans 89 % des

cas, un ensemble d'indicateurs multidimensionnels est défini. Dans 92 % des processus d'amélioration des critères d'inclusion et d'exclusion sont définis par le groupe de travail multidisciplinaire (GTM). Dans 82 % des processus d'amélioration, le propriétaire du projet est un médecin.

Plus on va loin dans le cycle d'amélioration, moins on retrouve d'hôpitaux (processus d'amélioration) ayant réussi, dans un délai de dix-huit mois, à parcourir l'ensemble du plan en dix étapes.

Graphique 1 : Mesure (%) dans laquelle les différentes étapes du processus sont réalisées pour l'ensemble des processus d'amélioration (n=175)



Niveau de pérennisation

Il est intéressant de vérifier, par type d'hôpital, les processus qui sont/ne sont pas parvenus à la phase de pérennisation.

Pour les hôpitaux aigus, la pérennisation du processus **n'est pas** assurée dans (tableau 7):

- 20 % (n=1) des processus d'amélioration relatifs à l'insuffisance cardiaque congestive;
- 25 % (n=1) des processus d'amélioration relatifs la prothèse totale du genou;
- 50 % (n=1) des processus d'amélioration relatifs à la hernie inguinale;
- 50 % (n=1) des processus d'amélioration relatifs à l'accouchement par voie vaginale;
- 50 % (n=2) des processus d'amélioration relatifs à l'infarctus aigu du myocarde;
- 50 % (n=5) des processus d'amélioration découlant de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1;
- 57 % (n=4) des processus d'amélioration relatifs au transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital;
- 57 % (n=4) des processus d'amélioration relatifs au carcinome mammaire;
- 63 % (n=5) des processus d'amélioration relatifs à l'accident vasculaire cérébral (AVC);
- 67 % (n=2) des processus d'amélioration relatifs à la cholécystectomie par voie laparoscopique;
- 67 % (n=4) des processus d'amélioration relatifs à la prothèse totale de la hanche;
- 67 % (n=22) des processus d'amélioration relatifs au transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site;
- 67 % (n=4) des processus d'amélioration dans le cadre de la «*Safe Surgery*»;
- tous les processus d'amélioration relatifs à la fracture de la hanche (n=1) et à la césarienne (n=2).

Tableau 7 : Niveau de pérennisation des processus d'amélioration pour les hôpitaux aigus (n=103)

	rapportés (n)	pérennisés (n)	non péren- nisés (n)	non péren- nisés (%)
politique d'observation des malades en état critique dans les services C et D	1	1	0	0 %
maladie d'Alzheimer	1	1	0	0 %
implémentation du faisceau des soins VAP	1	1	0	0 %
insuffisance cardiaque congestive	5	4	1	20 %
prothèse totale du genou	4	3	1	25 %
hernie inguinale	2	1	1	50 %
accouchement par voie vaginale	2	1	1	50 %
infarctus aigu du myocarde (IAM)	4	2	2	50 %
processus d'amélioration découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1	10	5	5	50 %
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	7	3	4	57 %
carcinome mammaire	7	3	4	57 %
accident vasculaire cérébral (AVC)	8	3	5	63 %
cholécystectomie par voie laparoscopique	3	1	2	67 %
prothèse totale de la hanche	6	2	4	67 %
processus de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site	33	11	22	67 %
processus dans le cadre de la « Safe Surgery »	6	2	4	80 %
fracture de la hanche	1	0	1	100 %
césarienne	2	0	2	100 %
total	103	44	59	57 %

Pour les hôpitaux psychiatriques, la phase de pérennisation **n'est pas** atteinte dans (tableau 8) :

- 40 % des processus d'amélioration relatifs à la distribution des médicaments (n=2) ;
- 56 % des processus d'amélioration relatifs au transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site (n=5) ;
- 67 % des processus d'amélioration relatifs à la politique d'isolement (n=4) et l'agression (n=6) ;
- 89 % des processus d'amélioration relatifs au syndrome métabolique (n=8) ;

- tous les processus d'amélioration relatifs à la politique de soins de l'épilepsie (n=1), à l'alimentation (n=1), à la planification des soins de suivi (n=1), aux soins dans le traitement des psychoses (n=1), à la gestion des résultats (n=1), au transfert intra-muros entre les différents sites d'un même hôpital (n=2) et au processus d'amélioration du dossier informatisé du patient (n=3).

Tableau 8: Niveau de pérennisation des processus d'amélioration pour les hôpitaux psychiatriques (n=57)

	rapportés (n)	pérennisés (n)	non péren- nisés (n)	non péren- nisés (%)
politique relative à la gestion des incidents	1	1	0	0 %
implication de la famille du patient dans le traitement	1	1	0	0 %
politique d'admission	1	1	0	0 %
organisation des activités thérapeutiques	1	1	0	0 %
politique de prévention du suicide	1	1	0	0 %
diagnostic précoce en psychiatrie gériatrique	1	1	0	0 %
chutes chez les patients en psychiatrie gériatrique	1	1	0	0 %
processus des admissions forcées	1	1	0	0 %
pas de spécification du processus	1	1	0	0 %
distribution des médicaments	5	3	2	40 %
processus de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site	9	4	5	56 %
politique d'isolement	6	2	4	67 %
agression	9	3	6	67 %
syndrome métabolique	9	1	8	89 %
politique de soins dans le traitement de l'épilepsie	1	0	1	100 %
alimentation	1	0	1	100 %
planification des soins de suivi	1	0	1	100 %
soins dans le traitement des psychoses	1	0	1	100 %
gestion des résultats : mesure de l'efficacité du traitement	1	0	1	100 %
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	2	0	2	100 %
dossier informatisé du patient	3	0	3	100 %
total	57	22	35	61 %

Pour les hôpitaux Sp, la phase de pérennisation **n'est pas** atteinte dans (tableau 9) :

- le trajet de soins de réhabilitation ambulatoire des patients SEP (n=1) ;
- l'amélioration de la procédure d'enquête sur la satisfaction des patients (n=1) ;
- l'utilisation de l'alimentation par sonde (n=1) ;
- le trajet du médicament (n=1) ;
- le trajet de soins après une prothèse de la hanche (n=1) ;
- l'implémentation d'un système d'identification du patient (n=1) ;
- la polyopathie et la comorbidité chez des patients gériatriques (n=1) ;
- les chutes (n=1).

Tableau 9: Niveau de pérennisation des processus d'amélioration pour les hôpitaux Sp (n=15)

	rapportés (n)	pérennisés (n)	non pérennisés (n)
trajet clinique d'une prothèse totale du genou	1	1	0
amélioration de la qualité et du choix des repas	1	1	0
processus médicamenteux	2	2	0
réorganisation du processus repas	1	1	0
processus de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site	1	1	0
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	1	1	0
trajet de soins de réhabilitation ambulatoire des patients SEP	1	0	1
amélioration de la procédure d'enquête sur la satisfaction des patients	1	0	1
utilisation de l'alimentation par sonde	1	0	1
amélioration du trajet médicamenteux	1	0	1
trajet de soins après une prothèse de la hanche	1	0	1
processus d'amélioration de l'identification des patients	1	0	1
polyopathie et comorbidité chez des patients gériatriques	1	0	1
chutes	1	0	1
total	15	7	8

3.3. Indicateurs

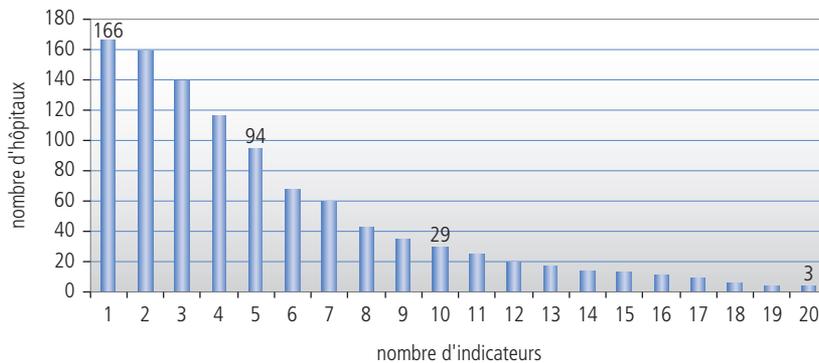
Les hôpitaux devaient mentionner les indicateurs qu'ils utilisent pour le suivi du processus sélectionné.

3.3.1. Nombre d'indicateurs et répartition en fonction de la description

979 indicateurs sont formulés pour les 175 processus d'amélioration : 622 par des hôpitaux aigus, 262 par des hôpitaux psychiatriques et 95 par des hôpitaux Sp.

Sur les 175 hôpitaux qui présentent un processus d'amélioration, 166 déterminent au moins un indicateur par processus d'amélioration. Plus de la moitié des hôpitaux (n=94) ont formulé cinq indicateurs par processus d'amélioration. Trois hôpitaux déterminent vingt indicateurs pour le processus d'amélioration sélectionné (graphique 2). Huit hôpitaux ne formulent pas d'indicateur.

Graphique 2 : Nombre d'hôpitaux en fonction du nombre d'indicateurs formulés



Suite à l'analyse de ces indicateurs, on constate que seulement un indicateur sur cinq peut être considéré comme un vrai indicateur (n=196), c'est-à-dire un indicateur pour lequel un numérateur et un dénominateur sont formulés.

Pour 19% des indicateurs (n=188), seul un numérateur est formulé et, pour 10% des indicateurs (n=95), une proportion est mentionnée mais l'indicateur n'est pas suffisamment explicité, ce qui ne permet pas d'identifier la popula-

tion cible. La moitié des indicateurs ne peut pas être considérée comme étant des indicateurs parce que, soit ces indicateurs font référence à un domaine (par exemple la satisfaction des collaborateurs), soit ils sont formulés sous la forme d'une question ou sont une description d'une certaine activité (par exemple remplir le nouveau formulaire d'enregistrement des chutes). Une valeur cible est mentionnée à neuf reprises (tableau 10).

Tableau 10: Description des indicateurs

	hôpitaux aigus		hôpitaux psychiatriques		hôpitaux Sp		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
numérateur/dénominateur	105	17 %	70	27 %	21	22 %	196	20 %
pourcentage	49	8 %	37	14 %	9	9 %	95	10 %
valeur cible	9	1 %	0	0 %	0	0 %	9	1 %
numérateur	103	17 %	65	25 %	20	21 %	188	19 %
pas d'indicateur	356	57 %	90	34 %	45	47 %	491	50 %
total	622	100 %	262	100 %	95	100 %	979	100 %

Dans les hôpitaux aigus, moins d'un indicateur sur cinq formulé répond à la définition d'un vrai indicateur (n=105). Dans les hôpitaux Sp, cette proportion est légèrement plus importante (n=21). Les indicateurs formulés par les hôpitaux psychiatriques sont ceux qui répondent proportionnellement le mieux à la définition d'un vrai indicateur (n=70).

Les indicateurs formulés sont quasi exclusivement des indicateurs de processus clinique.

L'analyse plus approfondie des indicateurs ne porte que sur 196 indicateurs pour lesquels aussi bien un numérateur qu'un dénominateur sont formulés, ces deux éléments étant nécessaires pour obtenir une description exacte de la population cible.

L'analyse ci-dessous présente pour combien et pour quels processus d'amélioration intra-muros de bons indicateurs sont formulés.

Nous allons reprendre quelques exemples d'indicateurs bien formulés par type d'hôpital.

3.3.2. Processus d'amélioration des hôpitaux aigus pour lesquels de vrais indicateurs sont formulés par thème

Les hôpitaux aigus ont présenté, au total, 103 processus d'amélioration intramuros. De vrais indicateurs sont formulés pour vingt-cinq de ces processus d'amélioration. Ils ont été répartis en sept thèmes (tableau 11). Cela ne signifie pas pour autant que tous les indicateurs des processus concernés répondent à la définition d'un vrai indicateur.

De vrais indicateurs sont formulés pour moins de la moitié des processus d'amélioration (quinze sur trente-trois) relatifs au transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site. En ce qui concerne les transferts intramuros entre différents sites du même hôpital, de vrais indicateurs sont formulés pour un processus d'amélioration sur sept. En ce qui concerne le processus d'amélioration découlant de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1, de vrais indicateurs sont formulés dans quatre cas sur dix. En ce qui concerne les pathologies de l'AVC, de la prothèse totale de la hanche, du carcinome mammaire et de l'insuffisance cardiaque congestive, de vrais indicateurs sont formulés pour cinq des vingt-six processus d'amélioration (respectivement deux, un, un et un). Aucun indicateur formulé ne répond aux critères d'un vrai indicateur pour les pathologies suivantes pour lesquelles des processus d'amélioration ont été initiés: fracture de la hanche, césarienne, hernie inguinale, accouchement par voie vaginale, cholécystectomie par voie laparoscopique, infarctus aigu du myocarde et prothèse totale du genou.

Tableau 11: Nombre de processus d'amélioration pour lesquels de vrais indicateurs sont formulés dans les hôpitaux aigus

	nombre de processus d'amélioration avec vrais indicateurs	nombre de processus d'amélioration
processus de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site	15	33
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	1	7
analyse d'incident	4	10
accident vasculaire cérébral (AVC)	2	8
prothèse totale de la hanche	1	6
carcinome mammaire	1	7
insuffisance cardiaque congestive	1	5
nombre total de processus d'amélioration	25	103

3.3.3. Exemples d'indicateurs bien formulés par les hôpitaux aigus

Les indicateurs suivants répondent à la définition d'un vrai indicateur (un numérateur et un dénominateur sont clairement spécifiés) :

- **transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site** : nombre de transferts incomplets/nombre total de transferts contrôlés au niveau des médicaments à domicile ;
- **transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital** : nombre de demandes d'admission mal orientées/nombre total de demandes d'admission ;
- **analyse d'incidents** : nombre de cathéters intraveineux correctement fixés/nombre total de cathéters intraveineux ;
- **accident vasculaire cérébral (AVC)** : nombre de patients ayant fait un AVC qui ont eu une pneumopathie de déglutition/nombre total de patients ayant fait un AVC ;
- **prothèse totale de la hanche** : nombre total de patients ayant fait un test de dépistage de l'ostéoporose ou pour lesquels un dépistage de l'ostéoporose est planifié/nombre total de patients ;
- **carcinome mammaire** : nombre de patients ayant bénéficié d'un accompagnement psychologique/nombre de patients à la clinique du sein ;
- **insuffisance cardiaque congestive** : nombre de réadmissions évitables pour insuffisance cardiaque congestive /nombre total de réadmissions pour insuffisance cardiaque congestive.

3.3.4. Processus d'amélioration des hôpitaux psychiatriques pour lesquels de vrais indicateurs sont formulés par thème

Les hôpitaux psychiatriques ont présenté, au total, cinquante-sept processus d'amélioration intra-muros. Quelques vrais indicateurs sont formulés pour dix-huit processus d'amélioration (32 %) (tableau 12). Tout comme pour les hôpitaux aigus, cela ne signifie pas pour autant que tous les indicateurs des processus concernés répondent à la définition d'un vrai indicateur.

De vrais indicateurs sont formulés pour moins de la moitié des processus d'amélioration (treize sur trente-trois) relatifs aux priorités en matière de politique de gestion. En ce qui concerne l'agression, de vrais indicateurs sont formulés pour deux des neuf processus d'amélioration. En ce qui concerne les processus d'amélioration relatifs aux pathologies représentant un nombre élevé d'admissions, de vrais indicateurs ne sont formulés qu'au niveau du processus d'amélioration « prévention des chutes chez les patients en psychiatrie gériatrique ». En ce qui concerne le transfert intra-muros à l'intérieur

d'un seul hôpital, de vrais indicateurs sont formulés pour un processus d'amélioration sur neuf. En ce qui concerne le transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital, de vrais indicateurs sont formulés pour un processus d'amélioration sur deux.

Tableau 12: Nombre de processus d'amélioration pour lesquels de vrais indicateurs sont formulés dans les hôpitaux psychiatriques

	nombre de processus d'amélioration avec vrais indicateurs	nombre total de processus d'amélioration
processus de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site	1	9
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	1	2
priorité en matière de politique de gestion	13	33
agression	2	9
nombre élevé d'admissions	1	4
sous-total	18	57
nombre total de processus d'amélioration	18	57

3.3.5. Exemples d'indicateurs bien formulés par les hôpitaux psychiatriques

Les indicateurs suivants répondent à la définition d'un vrai indicateur (un numérateur et un dénominateur sont clairement spécifiés):

- **transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site:** nombre de transferts avec dossier patient complet et fiche de transfert/nombre total de transferts;
- **transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital:** nombre de rapports multidisciplinaires/nombre total de transferts;
- **priorité en matière de politique de gestion (syndrome métabolique):** nombre de patients du service X ayant un IMC > 30/nombre total de patients admis dans le service X;
- **agression:** nombre de notifications d'incidents d'agression sur une autre personne/nombre total d'incidents d'agression;
- **nombre élevé d'admissions:** nombre de notifications d'incidents de chute dans le service de psychiatrie gériatrique/1.000 journées d'hospitalisation.

3.3.6. Processus d'amélioration des hôpitaux Sp pour lesquels de vrais indicateurs sont formulés par thème

Les hôpitaux Sp ont présenté, au total, quinze processus d'amélioration intra-muros. Quelques vrais indicateurs sont formulés pour six processus d'amélioration (40 %) (tableau 13). Tout comme pour les hôpitaux aigus et psychiatriques, cela ne signifie pas pour autant que tous les indicateurs de ces six processus répondent à la définition d'un vrai indicateur.

Des indicateurs complets sont formulés pour deux des sept processus d'amélioration classés sous « autres thèmes ». Il s'agit plus précisément des processus relatifs aux repas et à l'implémentation du système d'identification des patients. Les indicateurs sont formulés conformément à la définition d'un vrai indicateur (un numérateur et un dénominateur sont clairement spécifiés) pour deux processus d'amélioration sur trois découlant de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1. Le seul processus d'amélioration pour lequel des indicateurs bien formulés ont été présentés est le processus d'amélioration relatif à la prothèse totale du genou. Il est repris sous la rubrique: « nombre élevé d'admissions ». En ce qui concerne le processus d'amélioration relatif au transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site, les indicateurs ne répondent pas à la définition d'un vrai indicateur; c'est par contre le cas pour le processus d'amélioration relatif au transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital.

Tableau 13: Nombre de processus d'amélioration pour lesquels de vrais indicateurs sont formulés dans les hôpitaux Sp

	nombre de processus d'amélioration avec vrais indicateurs	nombre total de processus d'amélioration
processus de transfert intra-muros à l'intérieur d'un seul hôpital ou site	0	1
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	1	1
analyse d'incident	2	3
nombre élevé d'admissions	1	3
autres thèmes	2	7
nombre total de processus d'amélioration	6	15

3.3.7. Exemples d'indicateurs bien formulés par les hôpitaux Sp

Les indicateurs suivants répondent à la définition d'un vrai indicateur (un numérateur et un dénominateur sont clairement spécifiés):

- **transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital**: nombre de transferts effectués entre les différents sites suivant la procédure/nombre total de transferts effectués entre les différents sites;
- **analyse d'incidents**: nombre de lignes de prescription imprécises/nombre total de lignes de prescription;
- **nombre élevé d'admissions (prothèse totale du genou)**: nombre de patients pour lesquels au jour 28 les soins à domicile étaient totalement organisés/nombre total de patients;
- **autres thèmes (implémentation du système d'identification des patients)**: nombre de bracelets d'identification recensés reprenant des informations correctes et complètes/nombre total d'observations.

3.4. Les interventions clés

Les interventions clés sont définies comme «des interventions ayant une réelle influence sur le résultat et/ou la durée de déroulement du processus». L'autorité fédérale recommande de ne pas définir plus de dix interventions clés par processus.

3.4.1. Nombre d'interventions clés

904 interventions clés sont définies pour les 175 processus d'amélioration: 541 par les hôpitaux aigus, 285 par les hôpitaux psychiatriques et 78 par les hôpitaux Sp.

Sur les 175 hôpitaux qui ont présenté un processus d'amélioration, 161 définissent au moins une intervention clé pour les processus d'amélioration et 14 ne formulent aucune intervention clé.

Près de la moitié des hôpitaux (n=73) formule de une à cinq interventions clés par processus d'amélioration. 55% des hôpitaux (n=88) formulent six à dix interventions clés par action d'amélioration.

3.4.2. Quelques exemples d'interventions clés

Un bon processus de soins se caractérise par : la mention explicite des indicateurs et des interventions clés factuelles, des bonnes pratiques, des attentes et des caractéristiques des patients.

Les interventions clés sont les interventions les plus importantes dans le processus de soins. Elles ont un impact sur la durée de déroulement ou le résultat du processus¹¹. Aucune méthode scientifique n'a cependant encore pu être élaborée pour détecter ou sélectionner les interventions clés. Qui plus est, le nombre des interventions clés factuelles est également limité¹². Il est donc impossible d'évaluer les interventions clés présentées par les hôpitaux. À titre d'illustration, nous allons citer un exemple non commenté par type d'hôpital. Étant donné que les indicateurs sont liées aux interventions clés, ces deux éléments sont repris pour chaque exemple de processus d'amélioration.

Hôpital aigu : processus d'amélioration relatif à l'accident vasculaire cérébral aigu (AVC)

Indicateur :

nombre de journées d'hospitalisation des patients ayant fait un accident vasculaire cérébral/nombre total de patients admis pour un accident vasculaire cérébral.

Interventions clés :

1. hétéroanamnèse : moment de la survenue de l'accident cérébral, hémorragie gastro-intestinale récente, hémorragie récente au niveau des voies urinaires, traumatisme crânien récent, autre accident vasculaire cérébral récent ;
2. prise de sang : glycémie, numération thrombocytaire et INR ;
3. tension artérielle ;
4. CT-scan cérébral ;
5. décision de thrombolyse sur la base des critères fixés par le neurologue ;
6. admission *midcare* : monitoring continu.

11 K. Vanhaecht, *Patiëntveiligheid door klinische paden*, Symposium patiëntveiligheid, stand van zaken, CZV-KULeuven, 2008.

12 J.J.E. van Everdingen, J.S. Burgers et W.J.J. Assendelft, *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*, Bohn, Stafleu Van Loghum, 2004.

*Hôpital psychiatrique : processus d'amélioration relatif à l'isolement**Indicateur :*

nombre d'isolements ayant fait l'objet d'une concertation préalable avec un médecin/nombre total d'isolements.

Interventions clés :

1. la raison principale de l'isolement est formulée pour chaque cas d'isolement;
2. pour garantir la sécurité du patient et du personnel, un contrôle de sécurité est effectué au début de l'isolement;
3. chaque isolement fait l'objet d'une surveillance et la fréquence et les modes de cette surveillance sont notés sur la fiche de surveillance;
4. un plan de convention est établi pour chaque cas d'isolement.

*Hôpital Sp : processus d'amélioration relatif à l'identification des patients**Indicateur :*

nombre de bracelets d'identification recensés reprenant des informations correctes et complètes/nombre total d'observations.

Interventions clés :

1. pose du bracelet d'identification à l'admission;
2. maintien du bracelet d'identification lors du transfert vers un autre service de soins;
3. enlèvement du bracelet d'identification lors d'un examen effectué à l'hôpital;
4. enlèvement du bracelet d'identification lors d'un examen effectué dans un autre hôpital;
5. enlèvement et remplacement du bracelet d'identification (séjour de longue durée).

4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE LA DEUXIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2008-2009) ET DE LA TROISIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2009-2010)

En 2008-2009, pour la première fois, les hôpitaux devaient améliorer ou (ré)analyser un processus (ou partie de processus) intra-muros existant ou un nouveau processus (ou partie de processus) intra-muros. Pour ce faire, les hôpitaux disposaient d'un délai d'un an pour la seconde année et de un an et demi dans le cadre de la troisième année de contrat (2009-2010).

202 processus d'amélioration ont été présentés en 2008-2009 (178 hôpitaux participants) contre 175 processus d'amélioration en 2009-2010 (181 hôpitaux participants).

Tant en 2008-2009 qu'en 2009-2010, sept processus d'amélioration sur dix concernent des processus de soins et trois sur dix concernent des transferts intra-muros, principalement à l'intérieur d'un seul hôpital ou site.

La moitié des processus de soins intra-muros des hôpitaux aigus (n=26) concerne l'AVC, le carcinome mammaire, la prothèse totale de la hanche et l'insuffisance cardiaque congestive. Ces pathologies étaient également majoritaires lors de la deuxième année de contrat (2008-2009). Au cours de la troisième année de contrat (2009-2010), six processus d'amélioration sont présentés dans le cadre de la *Safe Surgery*. En ce qui concerne le carcinome vésical, le carcinome pulmonaire et la cholécystectomie par voie laparotomique, aucune action d'amélioration n'est présentée, tout comme pour la deuxième année de contrat (2008-2009). En ce qui concerne le carcinome colorectal, le carcinome prostatique, la PAC et le diabète, aucun processus d'amélioration n'est présenté au cours de la troisième année de contrat (2009-2010) contrairement à la deuxième année de contrat (2008-2009).

72 % des processus de soins intra-muros des hôpitaux psychiatriques sont liés aux priorités en matière de politique de gestion des institutions. Le syndrome métabolique est resté, cette année encore, un thème important. À côté de cela, la politique d'isolement et la distribution des médicaments sont également mentionnées comme étant prioritaires. Cela n'était pas le cas pour la deuxième année de contrat (2008-2009). Les processus de soins intra-muros relatifs à l'agression concernent, comme l'année de contrat précédente (2008-2009), la gestion des agressions mais aussi – et ça, c'est

nouveau – la prise en charge des collaborateurs ayant été impliqués dans un incident d'agression.

Un processus de soins intra-muros sur cinq des hôpitaux Sp concerne des pathologies en lien avec un nombre élevé d'admissions en 2008. Pour l'année de contrat précédente (2008-2009), cette proportion était de trois sur quatre. Les hôpitaux Sp sont ceux qui choisissent le plus souvent d'organiser un processus d'amélioration sur d'autres thèmes au cours de cette troisième année de contrat (2009-2010).

Dans 98 % des processus d'amélioration, une équipe multidisciplinaire est mise en place. Ce pourcentage est nettement plus élevé que les 73 % enregistrés au cours de la deuxième année de contrat (2008-2009). Il n'y pas de différence marquante entre les différents types d'hôpitaux.

Des *Service Level Agreements* (SLA) sont conclus pour près d'un processus d'amélioration sur trois. Lors de la deuxième année de contrat (2008-2009), cela n'avait été le cas que pour 22 % des processus d'amélioration.

Le plan en dix étapes (phase de pérennisation incluse) est entièrement finalisé pour 42 % des processus d'amélioration élaborés (73 sur 175). Cela n'avait été le cas que pour 14 % des processus d'amélioration au cours de la deuxième année de contrat (2008-2009). Nous rappelons que, pour la troisième année de contrat (2009-2010), les hôpitaux avaient un an et demi pour boucler leur processus d'amélioration alors qu'ils ne disposaient que d'un an pour la deuxième année de contrat (2008-2009).

Le tableau 14 compare le degré d'exécution des différentes étapes du processus au cours de la deuxième (2008-2009) et de la troisième année de contrat (2009-2010).

Tableau 14: Degré d'exécution des différentes étapes du processus au cours de la deuxième et de la troisième année de contrat

		deuxième année de contrat (2008-2009)	troisième année de contrat (2009-2010)
ÉTAPE 1	organe	79 %	91 %
	groupe de travail multidisciplinaire (GTM)	81 %	95 %
	le propriétaire du processus est un médecin	65 %	82 %
ÉTAPE 2	critères d'inclusion et d'exclusion	69 %	92 %
	composition d'un set d'indicateurs	60 %	89 %
ÉTAPE 3	pré-mesure	56 %	83 %
ÉTAPE 4	première description du processus avec interventions clés	69 %	91 %
ÉTAPE 5	deuxième description du processus	45 %	71 %
	processus d'amélioration testé dans une situation réelle	37 %	65 %
ÉTAPE 6	version définitive du processus	43 %	59 %
ÉTAPE 7	implémentation du nouveau processus + formation	33 %	59 %
ÉTAPE 8	post-mesure effectuée	16 %	33 %
ÉTAPE 9	analyse de la post-mesure	13 %	29 %
ÉTAPE 10	pérennisation	14 %	42 %

Des indicateurs (95 %) et des interventions clés (92 %) sont formulés pour presque tous les processus d'amélioration présentés, ce qui n'était le cas que dans 66 % des processus d'amélioration au cours de la deuxième année de contrat (2008-2009).

5. DISCUSSION

Les résultats et conclusions repris plus haut reposent sur le rapportage des hôpitaux dans le cadre du contrat de 2009-2010. L'autorité fédérale n'a pas la possibilité d'analyser de manière approfondie la fiabilité des données présentées.

Les hôpitaux qui ont présenté des données sur le pilier 2 ne sont pas toujours complets et précis dans leurs rapports : huit hôpitaux ne fournissent pas de

données sur les indicateurs et treize hôpitaux ne formulent aucune intervention clé. Trois hôpitaux (deux hôpitaux psychiatriques et un hôpital Sp) n'ont pas présenté de données pour le pilier 2.

Près d'un processus d'amélioration sur trois concerne le transfert intra-muros, principalement à l'intérieur d'un seul hôpital ou site. Cela était également le cas pour la deuxième année de contrat (2008-2009). Sur base des résultats de la première mesure de la culture (2007-2008), de nombreux hôpitaux ont mis en route un processus d'amélioration relatif au transfert. Cette tendance semble se poursuivre au cours de la troisième année de contrat (2009-2010).

Une équipe multidisciplinaire est mise en place dans pratiquement tous les processus d'amélioration (98 %). Il s'agit d'une évolution positive. La composition d'une équipe multidisciplinaire est importante pour coordonner les différents rôles joués par l'ensemble des personnes impliquées dans le processus d'amélioration (aussi ceux des patients).

Des *Service Level Agreements* sont conclus pour près d'un processus de soins sur trois. La qualité du service interne peut ainsi être améliorée, ce qui permet aussi, indirectement, d'améliorer la qualité des soins.

La troisième année de contrat (2009-2010) portant sur une période d'un an et demi (du 1^{er} juillet 2009 au 31 décembre 2010), les hôpitaux disposaient de plus de temps pour parcourir l'ensemble du plan en dix étapes demandé (phase de pérennisation incluse). Malgré cela, près de 60 % des hôpitaux n'ont pas réussi à clôturer le processus dans le délai imparti. Il est également frappant de constater que des pré-mesures ne sont pas systématiquement effectuées (étape 3), avant de procéder à la première description du processus avec des interventions clés. Il est également frappant de constater que 42 % des processus d'amélioration atteignent la phase de pérennisation (étape 10) alors qu'une post-mesure est effectuée pour 33 % des processus d'amélioration (étape 8).

En analysant les indicateurs, nous constatons que seulement un indicateur sur cinq peut être considéré comme un vrai indicateur, c'est-à-dire qu'il est suffisamment spécifié et pour lequel un numérateur et un dénominateur sont formulés. La moitié des indicateurs ne sont pas formulés de manière adéquate: ils font référence à un domaine (par exemple la satisfaction des collaborateurs), ou sont formulés sous la forme d'une question ou d'une description d'une certaine activité (comme par exemple remplir le nouveau formulaire d'enregistrement des chutes). Cette situation donne l'impression qu'il n'est

pas évident pour les hôpitaux de formuler un indicateur mesurable. L'absence du caractère mesurable ne permet pas de suivre les projets ou de monitorer leur évolution dans le temps.

L'application d'interventions clés est importante parce que ces interventions clés peuvent avoir un impact majeur sur la durée de déroulement du processus ou sur son résultat. L'on ne dispose cependant que de très peu d'indications scientifiques sur le nombre et la nature des interventions clés spécifiques aux différentes pathologies.

En conclusion, on peut dire que la réalisation du cycle PDCA complet (phase de pérennisation incluse) est difficile à boucler dans un délai d'un an et demi. Même si, en comparaison avec la deuxième année de contrat (2008-2009), on peut constater des évolutions positives dans les différentes étapes du processus d'amélioration, des questions se posent encore concernant la fiabilité et la précision des données envoyées (par exemple le pourcentage des post mesures effectuées vs le pourcentage de pérennisation). Les processus d'amélioration qui n'atteignent pas la phase de pérennisation sont des processus plutôt complexes (comme les transferts intra-muros, l'AVC, le syndrome métabolique et les médicaments). Par ailleurs, on note un élargissement des thèmes pour lesquels des processus d'amélioration sont formulés, aussi bien dans les hôpitaux aigus que psychiatriques ou Sp. On remarque aussi un intérêt croissant pour une série de processus de soins critiques et notamment l'implémentation de la « *Safe Surgery Checklist* » au bloc opératoire.

CHAPITRE 3.

PILIER 3 : INDICATEURS

Conclusions clés

- 40 % des **feedback** sur les indicateurs sont annuels, 26 % des feedback se font tous les deux à quatre mois et 13 % de manière semestrielle.
- Les feedback au sujet des indicateurs se font généralement à un(e), deux ou trois fonctions ou comités.
- Les **résultats** des indicateurs sont le plus souvent **communiqués** à la **direction infirmière** et à la **direction médicale**.
- Pour l'ensemble des **hôpitaux aigus**, il y a 1.960 occurrences correspondant à 607 indicateurs. 249 indicateurs sont issus de la « liste » fournie aux hôpitaux et 358 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux eux-mêmes.
- Lors d'une analyse des **Top 5** des indicateurs pour les **hôpitaux aigus** et pour toutes les dimensions, il s'avère que **65 %** des indicateurs sont des indicateurs de **résultat**, seulement **10 %** sont des indicateurs de **processus** et **25 %** des indicateurs de **structure**.
- Pour l'ensemble des **hôpitaux psychiatriques**, il y a 929 occurrences correspondant à 405 indicateurs. 188 indicateurs sont issus de la liste fournie aux hôpitaux et 217 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux eux-mêmes.
- Lors d'une analyse des **Top 5** des indicateurs pour les **hôpitaux psychiatriques** et pour toutes les dimensions, il s'avère que **78 %** des indicateurs sont des indicateurs de **résultat**, seulement **17 %** sont des indicateurs de **processus** et **5 %** des indicateurs de **structure**.
- Pour l'ensemble des **hôpitaux Sp**, il y a 225 occurrences correspondant à 138 indicateurs. 80 indicateurs sont issus de la liste fournie aux hôpitaux et 58 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux eux-mêmes.

-
- Lors d'une analyse des **Top 5** des indicateurs pour les **hôpitaux Sp** et pour toutes les dimensions, il s'avère que **46 %** des indicateurs sont des indicateurs de résultat, **31 %** sont des indicateurs de **processus** et **23 %** des indicateurs de **structure**.
 - L'indicateur «**déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclarations d'incidents**» se situe, pour les trois types d'hôpitaux, dans les Top 5 des indicateurs les plus fréquemment utilisés.

1. INTRODUCTION

L'objectif de ce troisième pilier est de poursuivre la sensibilisation des hôpitaux et d'induire une réflexion critique sur l'utilisation des indicateurs multidimensionnels (indicateurs relatifs à la performance clinique, à la sécurité des patients et à l'orientation patient, à la performance économique financière et informatique et enfin les indicateurs relatifs à l'orientation personnel et équipe).

Au cours de l'année de contrat précédente (2008-2009), les hôpitaux devaient faire l'inventaire des indicateurs utilisés pour gérer la qualité et la sécurité des patients. C'est la première fois qu'un inventaire des indicateurs de qualité et de sécurité des patients était réalisé par les hôpitaux à l'échelle nationale. Les indicateurs présentés (en moyenne 95 par hôpital en 2008-2009) montrent toutefois une importante variabilité tant au niveau de leur nombre que de leurs types et un grand nombre de ces indicateurs n'étaient pas conformes à la définition d'un « vrai » indicateur. L'autorité fédérale a dès lors décidé d'aller un pas plus loin et, dans le cadre de la troisième année de contrat, les hôpitaux devaient lister les indicateurs qu'ils suivaient pour piloter la politique de qualité et de sécurité des patients et ceux liés aux actions d'amélioration. Ces points sont détaillés dans ce chapitre.

2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

2.1. Définition de la qualité, de la sécurité des patients et des indicateurs

Pour les définitions de la qualité et de la sécurité des patients (IOM) ainsi que des différents types d'indicateurs (de structure, de processus, de résultat), nous vous renvoyons au rapport 2008-2009 (pp. 88 et suivantes).

2.2. Méthode de collecte des données

En 2008-2009, les hôpitaux ont listé les indicateurs qu'ils suivent pour piloter la qualité et la sécurité des patients. L'autorité fédérale a fourni aux hôpitaux, via l'instrument de rapportage, une liste d'indicateurs disponibles.

L'autorité fédérale a réparti les indicateurs en quatre dimensions :

1. dimension A : les indicateurs de performance clinique ;
2. dimension B : les indicateurs de sécurité des patients et orientation patient ;

3. dimension C: les indicateurs de performance économique, financière et informatique;
4. dimension D: les indicateurs orientation personnel et équipe.

À la suite de cela, en 2009-2010, une fiche récapitulative a été envoyée aux hôpitaux. Celle-ci contenait :

- les Top 20 des indicateurs (sans tenir compte des différentes dimensions) ;
- les Top 5 par dimension (hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp pris séparément) ;
- la totalité de leurs indicateurs selon les quatre dimensions

En 2009-2010, pour chaque dimension et pour chaque indicateur listé, les hôpitaux ont spécifié l'usage fait de leurs indicateurs. Certains indicateurs ne sont plus retenus : soit parce qu'ils n'étaient pas utilisés, soit parce qu'il s'est avéré qu'ils n'étaient pas réellement des indicateurs étant donné qu'ils n'étaient pas bien définis ou qu'ils n'étaient pas mesurables.

Les résultats ne présentent que les indicateurs effectivement utilisés par les hôpitaux (utilisés pour le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients ou utilisés dans le cadre d'actions d'amélioration).

Pour les indicateurs qui sont utilisés dans le cadre d'actions d'amélioration, il a été demandé de spécifier les éléments suivants :

1. décrire et/ou définir l'indicateur dans l'hôpital ;
2. donner le chiffre cible à atteindre ;
3. décrire les actions d'amélioration ;
4. identifier le responsable (fonction) pour l'indicateur choisi ;
5. identifier les personnes et/ou organes à qui sont communiqués les résultats de l'indicateur ;
6. donner la fréquence de ces feedback.

Concernant les indicateurs suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration, le chiffre cible à atteindre et l'analyse des actions suivies ne sont pas détaillés dans ce rapport.

2.3. Méthode de traitement des données

Les listes des indicateurs générées par les hôpitaux ont été traitées dans un document Excel. Les variables suivantes ont été analysées :

1. le taux de réponse des hôpitaux ;
2. le nombre d'indicateurs utilisés pour le pilotage de la qualité et de la sécurité des patients ;

3. l'objectif pour lequel les indicateurs sont utilisés (suivi de la qualité ou actions d'amélioration);
4. pour les indicateurs utilisés dans le cadre d'actions d'amélioration, l'analyse est plus poussée:
 - nombre d'occurrences en fonction de la dimension;
 - nombre d'occurrences en fonction de la personne responsable de l'indicateur;
 - aspects de la communication;
 - les points suivants ont été analysés pour les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp pris séparément:
 - le nombre d'indicateurs et d'occurrences,
 - les Top 20 des indicateurs les plus utilisés et dimensions associées,
 - et les Top 5 des indicateurs les plus utilisés par dimension.

3. RÉSULTATS

3.1. Taux de réponse

Au total, 177 hôpitaux (103 aigus, 58 psychiatriques et 16 Sp) sur les 181 hôpitaux participants (98 %) ont complété le document de rapportage du pilier 3. Quatre hôpitaux aigus n'ont pas répondu à la partie pilier 3 du rapport : un hôpital bénéficie d'un contrat adapté, un hôpital n'a pas remis de rapport, un autre a remis son rapport hors délai (l'analyse des données était déjà terminée). Enfin, à la suite de la fusion de leurs institutions, deux autres hôpitaux n'ont remis qu'un seul rapport.

3.2. Nombre d'indicateurs sélectionnés par les hôpitaux

Le questionnaire requérait, pour chaque indicateur rempli en 2008-2009, de déterminer quel est l'usage fait de ces indicateurs en 2009-2010.

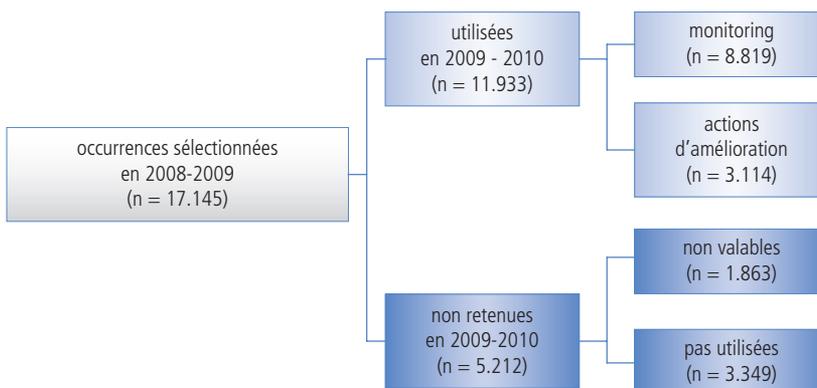
En moyenne, les hôpitaux utilisent 67 indicateurs par hôpital (médiane = 60). Un même indicateur peut être sélectionné par plusieurs hôpitaux. La somme des occurrences des indicateurs utilisés en 2009-2010, tout indicateur confondu, est de 11.933.

On définit l'« occurrence » comme la sélection d'un indicateur par un hôpital. Par exemple, l'indicateur « mortalité totale », coché par vingt hôpitaux équivaut à vingt occurrences.

Parmi les indicateurs utilisés (11.933 occurrences), on distingue ceux pour assurer le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients (n = 8.819 occurrences) et ceux suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration (n = 3.114 occurrences).

En plus des occurrences utilisées, on a aussi 5.212 occurrences non retenues (graphique 1). Parmi les occurrences non retenues, on distingue 1.863 occurrences qui sont abandonnées en 2009-2010 car il s'est avéré que les hôpitaux considèrent ces indicateurs comme non valables (ex: pas de définition de l'indicateur, pas de dénominateur...) et 3.349 occurrences qui ne sont plus utilisées. Les hôpitaux aigus sont ceux qui classent le plus d'indicateurs dans la catégorie des indicateurs non retenus.

Graphique 1: Schéma de la répartition des occurrences



Les occurrences non retenues en 2009-2010 (n= 5.212 occurrences) ne sont pas développées dans ce rapport annuel car elles ne présentent aucune utilité pour les hôpitaux.

3.3. Usage fait des indicateurs

Parmi les indicateurs utilisés, on distingue ceux pour assurer le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients (lorsque le chiffre cible est atteint) et ceux suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration.

Près de trois quarts (74 %) des occurrences utilisées servent à assurer le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients. Le chiffre cible étant atteint,

ces indicateurs sont donc suivis et ne sont pas liés à des actions d'amélioration. Les indicateurs suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration représentent près d'un quart des occurrences utilisées (26 %) (tableau 1).

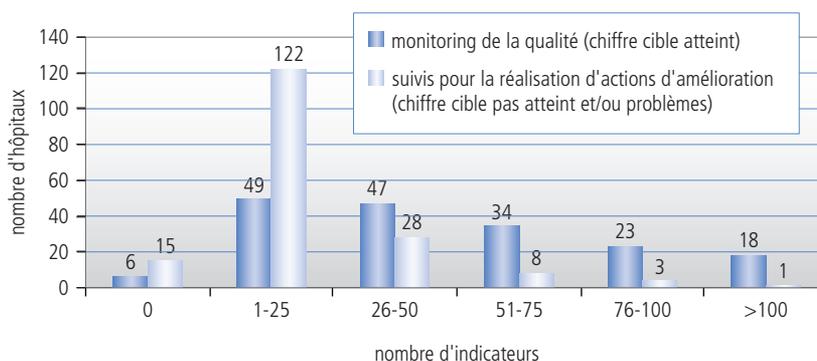
Tableau 1 : Répartition du nombre d'occurrences selon le type d'hôpital (hôpitaux aigus, hôpitaux psychiatriques ou hôpitaux Sp)

	hôpitaux aigus (n=103)		hôpitaux psychi- atriques (n=58)		hôpitaux Sp (n=16)		total (n=177)	
	O	%	O	%	O	%	O	%
monitoring de la qualité et de la sécurité des patients (chiffre cible atteint)	5.721	74%	2.392	72%	706	76%	8.819	74%
suis pour la réalisation d'actions d'amélioration (chiffre cible pas atteint et/ou problèmes)	1.960	26%	929	28%	225	24%	3.114	26%
total des occurrences des indicateurs utilisés	7.681		3.321		931		11.933	

Légende: O = occurrence; % = pourcentage par rapport au total des hôpitaux du même type.

Il est intéressant d'observer la distribution du nombre d'hôpitaux en fonction de l'utilisation faite des indicateurs sélectionnés en 2008-2009. L'autorité fédérale a réparti le nombre d'indicateurs par classes (graphique 2). Six hôpitaux n'utilisent plus aucun indicateur de 2008-2009 pour faire le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients et quinze hôpitaux ne suivent plus aucun indicateur de 2008-2009 pour la réalisation d'actions d'amélioration (neuf hôpitaux aigus, trois hôpitaux psychiatriques et trois hôpitaux Sp).

Graphique 2 : Répartition du nombre d'hôpitaux en fonction du nombre d'indicateurs utilisés



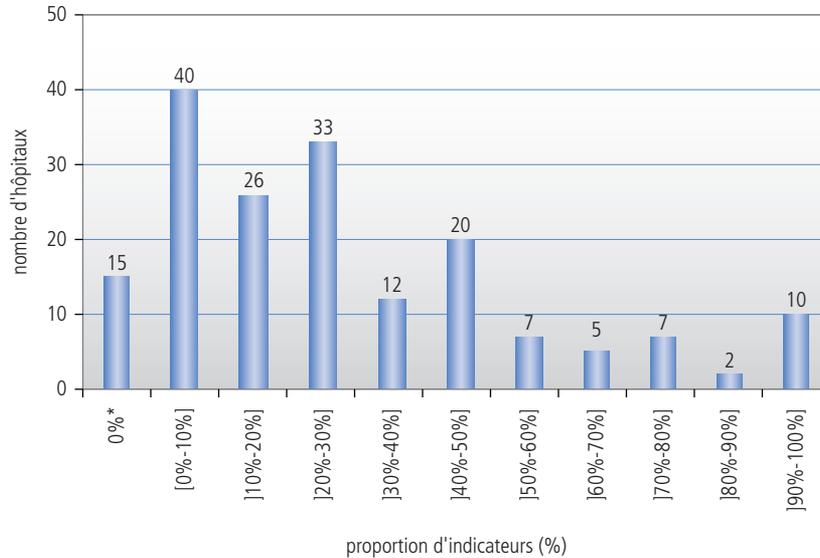
Pour le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients, 96 hôpitaux (54%) suivent entre 1 et 50 indicateurs. Une analyse plus détaillée fait ressortir qu'un quart des hôpitaux en suit au moins 69 pour faire le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients. Parmi ceux-ci, 18 hôpitaux en suivent plus de 100.

Pour les actions d'amélioration, 122 hôpitaux (69%) utilisent entre 1 et 25 indicateurs. Après une analyse plus détaillée, il apparaît que la majorité des hôpitaux (90 hôpitaux sur 177) utilise au maximum 12 indicateurs pour la réalisation d'actions d'amélioration. Nous remarquons que 40 hôpitaux en utilisent plus de 25.

Il est également intéressant de connaître la proportion d'indicateurs réellement suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration. À cette fin, pour chaque hôpital, l'autorité fédérale a examiné la proportion d'indicateurs permettant le suivi pour la réalisation d'actions d'amélioration par rapport à la totalité des indicateurs utilisés. En moyenne, les hôpitaux utilisent 29,7% des indicateurs pour les actions d'amélioration (médiane = 22%).

L'autorité fédérale a réparti les proportions d'indicateurs en classes de fréquences (graphique 3). 114 sur 177 hôpitaux se situent dans les classes où moins de 30% des indicateurs sont suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration. Parmi ceux-ci, 15 hôpitaux n'utilisent plus aucun indicateur pour les actions d'amélioration. Pour rappel, cela ne concerne que les indicateurs sélectionnés par les hôpitaux en 2008-2009 et ne tient pas compte des éventuels nouveaux indicateurs.

Graphique 3 : Répartition du nombre d'hôpitaux en fonction de la proportion d'indicateurs employés pour des actions d'amélioration et pour le monitoring de la qualité



3.4. Indicateurs « suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration »

Sur les 11.933 occurrences¹³ utilisées, 3.114 (26 %) sont suivies pour la réalisation d'actions d'amélioration. Toutes les analyses ci-dessous ne concernent que les indicateurs suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration.

3.4.1. Indicateurs et dimensions

Comme pour le rapport 2008-2009, l'autorité fédérale a regroupé les indicateurs suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration en quatre dimensions, que nous rappelons ici :

1. dimension A : les indicateurs de performance clinique ;
2. dimension B : les indicateurs de sécurité des patients et orientation patient ;
3. dimension C : les indicateurs de performance économique, financière et informatique ;
4. dimension D : les indicateurs orientation personnel et équipe.

¹³ Pour rappel, l'« occurrence » est définie comme la sélection d'un indicateur par un hôpital.

En observant la distribution des occurrences par dimension (tableau 2), on observe que la majorité (57 %) d'entre elles se situe dans la dimension B. Il y a ensuite un plus grand nombre d'occurrences (23 %) pour la dimension A (sauf dans le cas des hôpitaux Sp où la dimension D devance la dimension A). Viennent finalement la dimension D (11 %) et la dimension C (9 %).

La série d'indicateurs proposés en 2008-2009 concernait surtout les dimensions A et B (168 de dimension A, 162 de dimension B, 21 de dimension C, 20 de dimension D).

Tableau 2: Répartition des occurrences selon les dimensions et suivant le type d'hôpital

dimension	hôpitaux aigus (n=103)		hôpitaux psychiatriques (n=58)		hôpitaux Sp (n=16)		total (n=177)	
	O	%	O	%	O	%	O	%
A	544	28 %	154	17 %	26	12 %	724	23 %
B	1.062	54 %	589	63 %	130	58 %	1.781	57 %
C	164	8 %	83	9 %	24	11 %	271	9 %
D	190	10 %	103	11 %	45	20 %	338	11 %
total	1.960		929		225		3.114	

Légende: O = occurrence; % = pourcentage par rapport au total des hôpitaux du même type; A = dimension « performance clinique »; B = dimension « sécurité des patients et orientation patient »; C = dimension « performance économique, financière et informatique »; D = dimension « orientation personnel et équipe ».

3.4.2. Comité ou fonction de la personne responsable pour les indicateurs

Les hôpitaux devaient désigner une seule personne comme personne responsable pour un indicateur. Ils devaient faire ce choix pour chaque indicateur « suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration ».

Comme observé dans le tableau 3, près de 15 % des occurrences ne sont pas sous la responsabilité d'une personne reprise dans la liste des 31 fonctions¹⁴ proposées par l'autorité fédérale. La possibilité « autres fonctions » est sélectionnée.

¹⁴ Trois fonctions n'ont jamais été sélectionnées : le comité d'éthique hospitalier, le comité du matériel médical et le conseil d'administration. Ces dernières ne sont pas répertoriées dans le tableau 3.

tionnée le plus souvent (485 fois) et 82 occurrences ne sont pas associées à un responsable (82 abstentions).

Parmi les 485 « autres fonctions » (fonctions non reprises dans la liste proposée par l'autorité fédérale dans l'outil de rapportage), les fonctions les plus fréquemment citées sont regroupées et mises en évidence. Ce sont : le département des ressources humaines (n=94), les responsables du résumé hospitalier minimum (RHM) (n=39) et le comité nutritionnel ou les diététiciens (n=38). Il y a aussi un certain nombre d'indicateurs associés à des fonctions de plusieurs personnes (n=77). Les « autres fonctions » ne sont pas mises en évidence car elles reprennent des fonctions trop variées, elles sont classées dans la catégorie « autres fonctions – divers » (n=237).

Généralement, ce sont les coordinateurs qualité et sécurité des patients (12 %) ainsi que les chefs du département infirmier (8 %), les médecins-chefs (7 %), les infirmiers chef de service et/ou cadres intermédiaires (7 %) et les médecins (7 %) qui sont responsables des indicateurs suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration.

Pour les 724 occurrences de la dimension A (performance clinique), les personnes responsables sont le plus souvent les médecins (17 %), les médecins-chefs (15 %), et les coordinateurs qualité et sécurité des patients (10 %).

Pour les 1.781 occurrences de la dimension B (sécurité des patients et orientation patient), les personnes responsables sont le plus souvent les coordinateurs qualité et sécurité des patients (16 %), les infirmiers chef de service et/ou cadres intermédiaires (9 %) et le comité sécurité des patients (8 %). Nous remarquons que les pharmaciens (4,4 %), le comité médico-pharmaceutique (0,4 %) et le conseil médical (0 %) ne sont pas très impliqués pour des indicateurs dans ce domaine.

Pour les 271 occurrences de la dimension C (performance économique, financière et informatique), les personnes responsables sont le plus souvent le directeur financier (34 %), le directeur général (9 %) et le comité de direction (8 %). Ce qui nous semble logique dans cette dimension.

Pour les 338 occurrences de la dimension D (orientation personnel et équipe), les personnes responsables sont le plus souvent les chefs de département infirmier (31 %). Un autre département souvent cité dans « autres fonctions » est le département des ressources humaines (n=94 soit 28 %).

Tableau 3 : Répartition des occurrences par dimension et selon le comité ou la fonction de la personne responsable

fonction de la personne responsable	A		B		C		D		total	
	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%
adjoint à la direction	65	9%	18	1%	2	1%	2	1%	87	2,8%
chef du département infirmier	22	3%	118	7%	4	1%	105	31%	249	8,0%
comité de concertation « gestionnaire – méd hosp »	16	2%	0	0%	0	0%	0	0%	16	0,5%
comité de direction	10	1%	21	1%	23	8%	16	5%	70	2,2%
comité de prévention et de protection au travail	0	0%	2	0%	0	0%	0	0%	2	0,1%
comité de transfusion	0	0%	20	1%	0	0%	0	0%	20	0,6%
comité d'hygiène hospitalière	8	1%	102	6%	0	0%	0	0%	110	3,5%
comité médico-pharmaceutique	2	0%	8	0%	0	0%	0	0%	10	0,3%
comité sécurité des patients	10	1%	137	8%	0	0%	1	0%	148	4,8%
commission d'évaluation de la qualité des soins	2	0%	8	0%	0	0%	0	0%	10	0,3%
conseil infirmier et/ou infirmier paramédical	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	1	0,0%
conseil médical	3	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	0,1%
conseiller en prévention	0	0%	9	1%	2	1%	7	2%	18	0,6%
coordinateur qualité et sécurité des patients	71	10%	292	16%	4	1%	11	3%	378	12,1%
directeur administratif	4	1%	5	0%	20	7%	12	4%	41	1,3%
directeur financier	0	0%	0	0%	92	34%	1	0%	93	3,0%
directeur général	3	0%	12	1%	25	9%	19	6%	59	1,9%

fonction de la personne responsable	A		B		C		D		total	
	0	%	0	%	0	%	0	%	0	%
directeur informatique	0	0%	1	0%	6	2%	2	1%	9	0,3%
directeur logistique	0	0%	6	0%	4	1%	2	1%	12	0,4%
directeur médical	46	6%	41	2%	20	7%	7	2%	114	3,7%
infirmier	16	2%	44	2%	2	1%	4	1%	66	2,1%
infirmier chef de service (et/ou cadre intermédiaire)	50	7%	155	9%	4	1%	12	4%	221	7,1%
infirmier hygiéniste	11	2%	128	7%	2	1%	2	1%	143	4,6%
médecin	122	17%	91	5%	6	2%	0	0%	219	7,0%
médecin hygiéniste	24	3%	101	6%	0	0%	0	0%	125	4,0%
médecin-chef	108	15%	111	6%	14	5%	0	0%	233	7,5%
personnel paramédical	1	0%	1	0%	0	0%	0	0%	2	0,1%
pharmacien hospitalier	6	1%	80	4%	2	1%	0	0%	88	2,8%
autres : divers	54	7%	135	8%	17	6%	31	9%	237	7,6%
autres : comité nutritionnel ou diététiciens	15	2%	23	1%	0	0%	0	0%	38	1,2%
autres : département des Ressources humaines	0	0%	0	0%	0	0%	94	28%	94	3,0%
autres : responsable du RHM	13	2%	18	1%	8	3%	0	0%	39	1,3%
autres : plusieurs personnes	25	3%	46	3%	3	1%	3	1%	77	2,5%
sans réponse	17	2%	47	3%	11	4%	7	2%	82	2,6%
total	724		1.781		271		338		3.114	

Légende : 0 = occurrence ; % = proportion d'hôpitaux ; A = dimension « performance clinique » ; B = dimension « sécurité des patients et orientation patient » ; C = dimension « performance économique, financière et informatique » ; D = dimension « orientation personnel et équipe ».

3.4.3. Feedback au sujet des indicateurs

L'autorité fédérale a étudié la diffusion des résultats des indicateurs. Différents aspects sont examinés : la fréquence de communication et le(s) comité(s) ou la fonction du/des collaborateur(s) hospitalier(s) à qui les résultats sont diffusés.

3.4.3.1. Fréquence de communication

Une grande partie (40 %) des feedback sur les indicateurs se fait annuellement. Dans 26 % des cas, ce feedback a lieu tous les deux à quatre mois, et dans 13 % des cas, il s'agit d'un feedback semestriel. Moins de 1 % des occurrences ne font jamais l'objet d'un feedback et 4 % des occurrences ne sont pas associées à une fréquence de communication (abstention) (tableau 4).

Il n'y a pas de grande différence suivant la dimension. La tendance est au feedback annuel. Toutefois, le feedback mensuel est plus fréquent quand les indicateurs sont de dimension C ou D (respectivement 16 et 19 %) que lorsqu'ils sont de dimension A ou B (respectivement 6 et 8 %).

Tableau 4: Fréquence des feedback par dimension

fréquence de communication	A		B		C		D		total	
	O	%	O	%	O	%	O	%	O	%
au moins une fois par semaine	9	1%	45	3%	7	3%	26	8%	87	3%
mensuel	40	6%	138	8%	44	16%	64	19%	286	9%
tous les 2 à 4 mois	184	25%	547	31%	40	15%	41	12%	812	26%
semestriel	113	16%	243	14%	35	13%	21	6%	412	13%
annuel	294	41%	674	38%	127	47%	138	41%	1.233	40%
> 1 an	12	2%	23	1%	0	0%	19	6%	54	2%
autres	25	3%	41	2%	2	1%	14	4%	82	3%
jamais	12	2%	7	0%	6	2%	1	0%	26	1%
sans réponse	35	5%	63	4%	10	4%	14	4%	122	4%
total	724		1.781		271		338		3.114	

Légende:

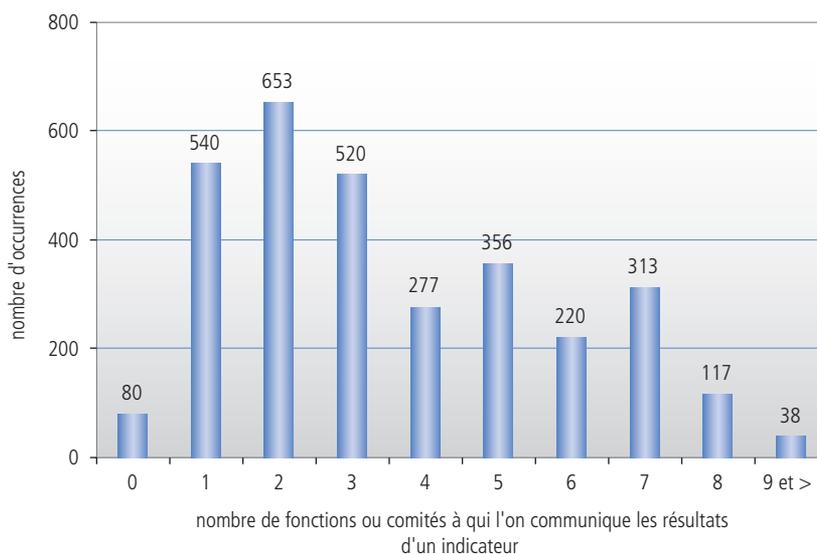
O = occurrence; % = proportion d'occurrences par rapport aux occurrences de la même dimension; A = dimension « performance clinique »; B = dimension « sécurité des patients et orientation patient »; C = dimension « performance économique, financière et informatique »; D = dimension « orientation personnel et équipe ».

3.4.3.2. Comité(s) ou fonction des personnes à qui les résultats sont communiqués

Dans leur rapport, les hôpitaux devaient indiquer une ou plusieurs fonctions ou comités à qui ils communiquent les résultats de chaque indicateur suivi pour la réalisation d'actions d'amélioration. Ils devaient faire le choix parmi onze fonctions reprises dans la liste proposée par l'autorité fédérale dans l'outil de rapportage.

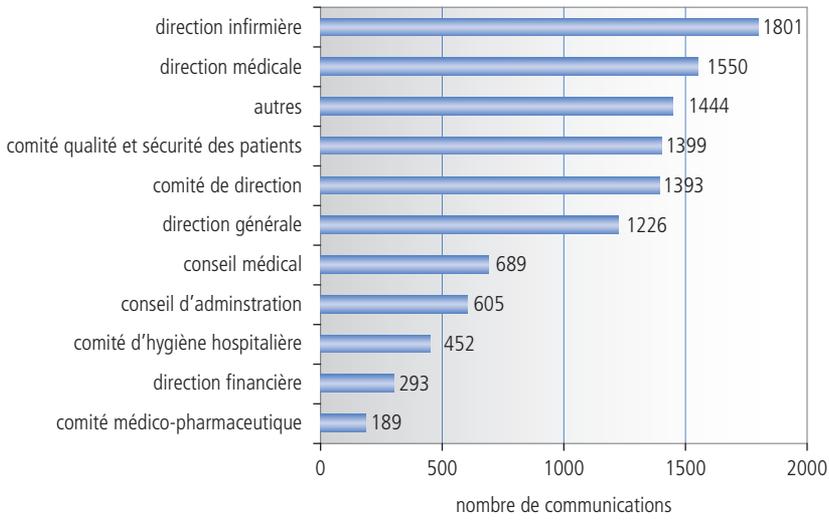
Les feedback au sujet des indicateurs se font généralement à un(e), deux ou trois fonctions ou comités (graphique 4). Trente-deux hôpitaux ne précisent pas à qui ils communiquent les résultats pour au moins un de leurs indicateurs : cela concerne 80 occurrences.

Graphique 4 : Nombre de personnes à qui l'on communique les résultats d'un indicateur en fonction des occurrences (0 = abstention)



Les résultats des indicateurs sont le plus souvent communiqués à la direction infirmière et à la direction médicale. Les hôpitaux sélectionnent ensuite la possibilité « autres fonctions » (fonctions non reprises dans la liste proposée par l'autorité fédérale dans l'outil de rapportage) et, pour ces « autres fonctions », ce sont les infirmiers et les médecins qui sont cités le plus fréquemment (graphique 5).

Graphique 5 : Comités ou fonctions des personnes auxquels les indicateurs sont communiqués, ordonnés par ordre croissant



Une analyse plus approfondie permet de déterminer qu'à peu près la moitié des feedback faits au comité de direction et à la direction générale concernent des indicateurs se trouvant dans la dimension B (les indicateurs les plus utilisés sont décrits dans les différents paragraphes suivants sur les Top 20).

3.4.4. Hôpitaux aigus

3.4.4.1. Nombre d'indicateurs et d'occurrences pour les hôpitaux aigus

Au total, il y a 1.960 occurrences¹⁵ pour la réalisation d'actions d'amélioration dans les 103 hôpitaux aigus (tableau 5). Certains indicateurs sont suivis par plusieurs hôpitaux. C'est notamment le cas pour vingt-sept hôpitaux aigus qui utilisent un même indicateur pour les césariennes. Par contre, d'autres indicateurs ne sont suivis que dans un seul hôpital. C'est le cas d'un hôpital qui est le seul à utiliser un indicateur très spécifique concernant la cardiologie.

¹⁵ Pour rappel, l'« occurrence » est définie comme la sélection d'un indicateur par un hôpital.

Un même indicateur pouvant comptabiliser plusieurs occurrences, il ressort de l'analyse des données que 1.960 occurrences correspondent à 607 indicateurs. 249 indicateurs sont issus de la liste fournie aux hôpitaux (indicateurs sélectionnés par les hôpitaux dans l'instrument de rapportage de l'autorité fédérale en 2008-2009) et 358 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux eux-mêmes (tableau 5).

Les indicateurs issus de la liste fournie aux hôpitaux sont moins variés que ceux de la catégorie « autres » (respectivement 249 indicateurs contre 358), par contre l'utilisation de ces indicateurs est plus fréquente (respectivement 1.584 occurrences contre 376).

Les indicateurs de la catégorie « autres » ne sont, en majorité, utilisés qu'une seule fois (358 indicateurs sur 376 occurrences). Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'ils sont assez spécifiques à l'hôpital dans lesquels ils sont utilisés.

Tableau 5 : Nombre et occurrence des indicateurs pour les hôpitaux aigus (n=103)

hôpital aigus (n=103)	liste			autres		total
nombre d'indicateurs	249	41 %	<	358	59 %	607
occurrence	1.584	81 %	>	376	19 %	1.960

3.4.4.2. *Top 20 des indicateurs les plus utilisés et dimensions associées dans les hôpitaux aigus*

Dans le Top 20, on retrouve majoritairement des indicateurs de dimension B (treize indicateurs sur vingt). On retrouve également trois indicateurs des dimensions C et D et un indicateur de dimension A (tableau 6).

Sept indicateurs du Top 20 sont repris par au moins un quart des hôpitaux. Le 1^{er} indicateur du Top 20, « *mesure de la satisfaction des patients* », est repris par un tiers des hôpitaux aigus (34 hôpitaux sur 103).

Tableau 6 : Top 20 des indicateurs les plus souvent sélectionnés par les hôpitaux aigus (n=103)

	intitulé des indicateurs	occurrence	%	dimension
1	mesures de la satisfaction des patients	34	33 %	B
2	performance en durée de séjour	32	31 %	C
3	pourcentage d'absentéisme chez le personnel	29	28 %	D
4	incidence de MRSA acquis à l'hôpital	28	27 %	B
4'	nombre total d'incidents rapportés	28	27 %	B
6	pourcentage de césariennes	27	26 %	A
7	déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclaration d'incidents	26	25 %	B
8	utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains	25	24 %	B
9	nombre total de chutes	24	23 %	B
10	prévalence totale d'escarres	23	22 %	B
10'	prévalence totale d'escarres qui sont apparues au cours de l'hospitalisation	23	22 %	B
12	nombre de plaintes au service de médiation	22	21 %	B
12'	utilisation d'antibiotiques dans l'ensemble de l'hôpital	22	21 %	B
14	utilisation de la capacité d'hospitalisation	21	20 %	C
15	nombre total de chutes entraînant des lésions	20	19 %	B
15'	niveau de rentabilité	20	19 %	C
15'	nombre d'équivalents temps plein par unité	20	19 %	D
15'	taux de personnel intérimaire	20	19 %	D
19	pourcentage d'observance concernant les recommandations pour les prestataires de soins	19	18 %	B
20	trois indicateurs <i>ex æquo</i> (participation à la troisième campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains ; consommation totale d'antibiotiques dans l'hôpital ; chutes de patients hospitalisés dans certains services)	18	17 %	B

Légende : % = proportion d'hôpitaux aigus ; A = dimension « performance clinique » ; B = dimension « sécurité des patients et orientation patient » ; C = dimension « performance économique, financière et informatique » ; D = dimension « orientation personnel et équipe ».

Entre 2008-2009 et 2009-2010, le nombre d'occurrences a fortement changé : un indicateur n'est repris au maximum que par un tiers des hôpitaux en 2009-2010 alors qu'en 2008-2009 tous les indicateurs du Top 20 étaient repris par plus de 80 % des hôpitaux. Cette différence est due au fait que l'on ne faisait pas la distinction entre les indicateurs suivis pour les actions d'amélioration et ceux pour le monitoring de la qualité et sécurité des patients. Les indicateurs n'apparaissant plus dans le Top 20, en 2009-2010, sont majoritairement utilisés pour faire le monitoring de la qualité et sécurité des patients.

Cela a pour conséquence de changer le contenu et l'ordre du Top 20 entre 2008-2009 et 2009-2010 (ex : le 1^{er} indicateur du Top 20 en 2009-2010 n'apparaissait qu'en 9^e position du Top 20 en 2008-2009). Cette modification fait ressortir des indicateurs de la dimension B, plus centrés « patient » tels que la « *mesure de la satisfaction des patients* ».

3.4.4.3. *Top 5 des indicateurs les plus utilisés par dimension dans les hôpitaux aigus*

Lors de l'analyse des Top 5 des indicateurs des hôpitaux aigus (tableau 7), il s'avère que pour la **dimension A** (performance clinique), c'est l'indicateur « *pourcentage de césariennes* » qui est désigné le plus fréquemment (26 %). Trois indicateurs de ce Top 5 concernent les césariennes et un concerne les septicémies dans un service de soins intensifs. Presque un hôpital aigu sur six utilise l'indicateur « *mortalité totale en milieu hospitalier* » qui est peu spécifique.

Ce Top 5 est le même qu'en 2008-2009.

Pour la **dimension B** (sécurité des patients et orientation patient), l'indicateur « *mesure de la satisfaction des patients* » est désigné le plus fréquemment (33 %), suivi par l'indicateur « *incidence de MRSA acquis à l'hôpital* » (27 %). Deux indicateurs du Top 5 ont trait à la notification d'incidents. Ceci peut s'expliquer par le fait que les hôpitaux qui participent au contrat depuis trois ans sont fortement engagés dans le développement d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents (cf. pilier 1).

Le Top 5 de la dimension B en 2008-2009 était différent¹⁶ : trois indicateurs ont changé. Les deux indicateurs qui subsistent sont « *incidence de MRSA ac-*

16 Pour rappel, les données 2008-2009 ne faisaient pas la distinction entre les indicateurs « suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration » et « monitoring de la qualité et de la sécurité des patients ».

quis à l'hôpital» et «*utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains*». Les trois autres indicateurs qui apparaissaient dans le Top 5 en 2008-2009 sont majoritairement utilisés pour faire le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients en 2009-2010.

Pour la **dimension C** (performance économique, financière et IT), l'indicateur «*performance en durée de séjour*» est désigné le plus fréquemment (31 %).

La tendance du Top 5 pour la dimension C est restée la même depuis 2008-2009 : quatre indicateurs sont identiques. Le seul indicateur qui n'est pas repris en 2009-2010 est le «*niveau de cash-flow*». Cet indicateur était repris par 96 % des hôpitaux aigus en 2008-2009 et est majoritairement utilisé pour faire le monitoring de la qualité et de la sécurité des patients en 2009-2010¹⁷. Par ailleurs, on avait déjà relevé le fait qu'il n'y avait aucun indicateur concernant l'IT dans le Top 5 en 2008-2009 ; cela n'a pas changé en 2009-2010.

Pour la dernière **dimension D** (personnel et orientation équipe), l'indicateur «*pourcentage d'absentéisme chez le personnel*» est l'indicateur le plus fréquemment désigné (28 %).

La tendance du Top 5 est restée la même : quatre indicateurs sont identiques, le seul à ne pas avoir été repris en 2009-2010 est l'indicateur «*formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical*». Cet indicateur, repris par 81 % des hôpitaux aigus en 2008-2009, est majoritairement utilisé pour le monitoring en 2009-2010¹⁸.

17 *Ibid.*

18 *Ibid.*

Tableau 7 : Top 5 des indicateurs suivant la dimension, selon l'occurrence et la proportion d'hôpitaux aigus

DIMENSION A : performance clinique					
	O	%	S	P	R
pourcentage de césariennes	27	26 %			*
mortalité totale en milieu hospitalier	16	16 %			*
nombre total de césariennes	16	16 %			*
proportion de césariennes en fonction du nombre total d'accouchements	15	15 %			*
incidence de septicémies dans un service de soins intensifs	14	14 %			*
DIMENSION B : sécurité des patients et orientation patient					
	O	%	S	P	R
mesures de la satisfaction des patients	34	33 %			*
incidence de MRSA acquis à l'hôpital	28	27 %			*
nombre total d'incidents rapportés	28	27 %			*
déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclarations d'incidents	26	25 %			*
utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains	25	24 %			*
DIMENSION C : performance économique, financière et informatique					
	O	%	S	P	R
performance en durée de séjour	32	31 %			*
utilisation de la capacité d'hospitalisation	21	20 %			*
niveau de rentabilité	20	19 %			*
taux d'indépendance financière	14	14 %	*		
acid-test	12	12 %			*
DIMENSION D : orientation personnel et équipe					
	O	%	S	P	R
pourcentage d'absentéisme chez le personnel	29	28 %			*
nombre d'équivalents temps plein par service	20	19 %		*	
taux de personnel intérimaire	20	19 %		*	
degré de spécialisation des infirmiers	17	17 %		*	
degré de qualification du personnel de soins	15	15 %		*	

Légende: O = occurrence; % = proportion d'hôpitaux aigus; S = structure; P= processus; R= résultat.

Lors d'une analyse des indicateurs des Top 5 pour toutes les dimensions réunies, il s'avère que 65 % (n=13) des indicateurs sont des indicateurs de résultat, que seulement 10 % (n=2) sont des indicateurs de processus et 25 % (n=5) des indicateurs de structure.

3.4.5. Hôpitaux psychiatriques

3.4.5.1. Nombre d'indicateurs et d'occurrences dans les hôpitaux psychiatriques

Au total, il y a 929 occurrences¹⁹ pour la réalisation d'actions d'amélioration dans les 58 hôpitaux psychiatriques (tableau 8). Certains indicateurs sont suivis par plusieurs hôpitaux comme c'est le cas pour quinze hôpitaux psychiatriques qui utilisent un même indicateur sur l'isolement. Par contre, d'autres indicateurs ne sont suivis que dans un seul hôpital. C'est le cas d'un hôpital qui est le seul à utiliser un indicateur très spécifique concernant l'administration d'un antipsychotique.

Un même indicateur pouvant comptabiliser plusieurs occurrences, il ressort de l'analyse des données que 929 occurrences correspondent à 405 indicateurs. 188 indicateurs sont issus de la liste fournie aux hôpitaux (indicateurs sélectionnés par les hôpitaux dans l'instrument de rapportage de l'autorité fédérale en 2008-2009) et 217 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux eux-mêmes (tableau 8).

Les indicateurs issus de la liste fournie aux hôpitaux sont moins variés que ceux de la catégorie « autres » (respectivement 188 indicateurs contre 217); par contre, l'utilisation de ces indicateurs est plus fréquente (respectivement 708 occurrences contre 221).

Les indicateurs de la catégorie « autres » ne sont généralement utilisés qu'une seule fois (217 indicateurs sur 221 occurrences); cela peut s'expliquer par le fait qu'ils sont assez spécifiques à l'hôpital dans lesquels ils sont utilisés.

Tableau 8: Nombre et fréquence d'indicateurs pour les hôpitaux psychiatriques (n=58)

hôpitaux psychiatriques (n=58)	liste		autres		total	
nombre d'indicateurs	188	46 %	<	217	54 %	405
occurrences	708	76 %	>	221	24 %	929

3.4.5.2. Top 20 des indicateurs les plus utilisés et dimensions associées dans les hôpitaux psychiatriques

Dans le Top 20, on retrouve majoritairement des indicateurs de dimension B (quatorze indicateurs sur vingt). On retrouve également quatre indica-

¹⁹ Pour rappel, l'« occurrence » est définie comme la sélection d'un indicateur par un hôpital.

teurs de dimension D, un indicateur de dimension A et un de dimension C (tableau 9).

Six indicateurs du Top 20 sont repris par au moins un quart des hôpitaux. Le 1^{er} indicateur du Top 20, « *mesure de la satisfaction des patients* », est repris par 41 % des hôpitaux psychiatriques (24 hôpitaux sur 58).

Tableau 9: Top 20 des indicateurs les plus souvent sélectionnés par les hôpitaux psychiatriques (n=58)

	intitulé des indicateurs	occurrence	%	dimension
1	mesures de la satisfaction des patients	24	41 %	B
2	nombre de sorties pour lesquelles une lettre de sortie est rédigée dans la semaine après la sortie	22	38 %	A
3	mesure de la satisfaction du personnel	18	31 %	D
3'	patients isolés	18	31 %	B
5	nombre total d'incidents rapportés	16	28 %	B
6	isolement	15	26 %	B
7	déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclaration d'incidents	14	24 %	B
8	fréquence d'agressions envers d'autres personnes	13	22 %	B
8'	formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	13	22 %	D
10	pourcentage d'absentéisme chez le personnel	12	21 %	D
11	fréquence d'agressions envers des objets	11	19 %	B
11'	isolement > 24 heures	11	19 %	B
11'	médication préparée ne correspondant pas au schéma médicamenteux	11	19 %	B
11'	utilisation de la capacité d'hospitalisation	11	19 %	C
15	isolement en combinaison avec une contention	10	17 %	B
15'	nombre de plaintes au service de médiation	10	17 %	B
17	nombre total de chutes dans un service de psychogériatrie	9	16 %	B
17'	fréquence d'auto-agressions	9	16 %	B
17'	tentatives de suicide entraînant le décès	9	16 %	B
20	nombre d'équivalents temps plein par service	8	14 %	D
20'	patients avec des incidents d'agression envers des personnes	8	14 %	B

Légende: % = proportion d'hôpitaux psychiatriques; A = dimension « performance clinique »; B = dimension « sécurité des patients et orientation patient »; C = dimension « performance économique, financière et informatique »; D = dimension « orientation personnel et équipe ».

Entre 2008-2009 et 2009-2010, le nombre d'occurrences a fortement changé : un indicateur n'est repris au maximum que par 41 % des hôpitaux en 2009-2010 alors qu'en 2008-2009, tous les indicateurs du Top 20 étaient repris par plus de 62 % des hôpitaux. Cette différence est due au fait que l'on ne faisait pas la distinction entre les indicateurs suivis pour les actions d'amélioration et ceux pour le monitoring de la qualité et sécurité des patients. Les indicateurs n'apparaissant plus dans le Top 20 sont majoritairement utilisés pour faire le monitoring en 2009-2010.

Cela a pour conséquence de changer le contenu et l'ordre du Top 20 entre 2009-2010 et 2008-2009 (ex : le 1^{er} indicateur du Top 20 en 2008-2009 n'apparaît qu'en 16^e position du Top 20 en 2009-2010). Cette modification fait ressortir des indicateurs de la dimension B, plus centrés « patient » tel que la « *mesure de la satisfaction des patients* ».

3.4.5.3. Top 5 des indicateurs les plus utilisés par dimension dans les hôpitaux psychiatriques

Lors de l'analyse des Top 5 des indicateurs des hôpitaux psychiatriques (tableau 10), il s'avère que pour la **dimension A** (performance clinique), l'indicateur « *nombre de sorties pour lesquelles une lettre de sortie est rédigée dans la semaine après la sortie* » est désigné le plus fréquemment (38 %).

Le Top 5 de la dimension A en 2008-2009 était différent²⁰ : le seul indicateur que l'on retrouve est le premier indicateur « *nombre de sorties pour lesquelles une lettre de sortie est rédigée dans la semaine après la sortie* ». Les autres indicateurs sont utilisés seulement par un petit nombre d'hôpitaux (de trois à six hôpitaux psychiatriques) et neuf indicateurs se trouvent *ex æquo* en 5^e position. Les quatre indicateurs qui apparaissaient dans le Top 5 en 2008-2009 et qui ne s'y trouvent plus sont majoritairement utilisés pour faire le monitoring en 2009-2010.

Pour la **dimension B** (sécurité des patients et orientation patient), l'indicateur « *mesure de la satisfaction des patients* » est désigné le plus fréquemment (41 %), suivi par l'indicateur « *patients isolés* » (31 %). Les hôpitaux psychiatriques, tout comme les hôpitaux aigus, placent deux indicateurs ayant trait à la notification des incidents dans leur Top 5. Encore une fois, ceci s'explique par le fait que les hôpitaux psychiatriques qui par-

20 Pour rappel, les données 2008-2009 ne faisaient pas la distinction entre les indicateurs « suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration » et « monitoring de la qualité et de la sécurité des patients ».

ticipient au contrat depuis trois ans sont davantage engagés dans le développement d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents (*cf.* pilier 1)

Le Top 5 de la dimension B en 2008-2009 était différent²¹ : trois indicateurs ont changé. Les deux indicateurs que l'on retrouve sont « *mesure de la satisfaction chez les patients* » et « *isolement* ». Les autres indicateurs apparaissant dans le Top 5 en 2008-2009 sont majoritairement utilisés pour faire le monitoring en 2009-2010.

Pour la **dimension C** (performance économique, financière et IT), l'indicateur « *utilisation de la capacité d'hospitalisation* » est désigné le plus fréquemment (19%).

La tendance du Top 5 pour la dimension C est restée la même depuis 2008-2009 : quatre indicateurs sont identiques, le seul qui n'est pas repris en 2009-2010 est la « *couverture financière* ». Cet indicateur, repris par 70 % des hôpitaux psychiatriques en 2008-2009, est majoritairement utilisé pour faire le monitoring de la qualité et sécurité des patients en 2009-2010²².

Pour la dernière **dimension D** (personnel et orientation équipe), l'indicateur « *mesure de la satisfaction du personnel* » est l'indicateur le plus fréquemment désigné (31%).

C'est le même Top 5 qu'en 2008-2009.

21 Ibid.

22 Ibid.

Tableau 10: Top 5 des indicateurs suivant la dimension, selon l'occurrence et la proportion d'hôpitaux psychiatriques

DIMENSION A : performance clinique	O	%	S	P	R
nombre de sorties pour lesquelles une lettre de sortie est rédigée dans la semaine après la sortie	22	38 %			*
patients avec une durée de séjour > 5 ans	6	10 %			*
nombre d'admissions de patients pour lesquels une perspective de sortie est mentionnée dans le dossier du patient dans les quatorze jours après la date d'admission	4	7 %			*
patients avec une durée de séjour entre 1 an et ≤ 2 ans	4	7 %			*
neuf autres indicateurs <i>ex æquo</i> (6.1.3; 6.2.1; 6.4.1; 7.1; 7.1.8; 8.1.3; 11.3.2; 13.3.1; 13.5.1)	3	5 %			
DIMENSION B : sécurité des patients et orientation patient	O	%	S	P	R
mesures de la satisfaction des patients	24	41 %		*	
patients isolés	18	31 %			*
nombre total d'incidents rapportés	16	28 %			*
isolement	15	26 %			*
déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclaration d'incidents	14	24 %			*
DIMENSION C : performance économique, financière et informatique	O	%	S	P	R
utilisation de la capacité d'hospitalisation	11	19 %			*
performance en durée de séjour	6	10 %			*
acid-test	5	9 %			*
niveau de rentabilité	5	9 %			*
niveau de <i>cash-flow</i>	4	7 %			*
DIMENSION D : orientation personnel et équipe	O	%	S	P	R
mesure de la satisfaction du personnel	18	31 %		*	
formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	13	22 %		*	
pourcentage d'absentéisme chez le personnel	12	21 %			*
nombre d'équivalents temps plein par service	8	14 %		*	
deux indicateurs <i>ex æquo</i> (1.3: vacance de postes infirmiers; 1.8: degré de qualification du personnel de soins)	6	10 %			

Légende: O = occurrence; % = proportion d'hôpitaux psychiatriques; S= structure; P = processus; R = résultat.

Lors d'une analyse des indicateurs des Top 5 pour toutes les dimensions (*ex æquo* non pris en compte), il s'avère que 78 % (n=14) des indicateurs sont des indicateurs de résultat, que seulement 17 % (n=3) sont des indicateurs de processus et 5 % (n=1) des indicateurs de structure.

3.4.6. Hôpitaux Sp

3.4.6.1. Nombre d'indicateurs et d'occurrences dans les hôpitaux Sp

Au total, il y a 225 occurrences²³ pour la réalisation d'actions d'amélioration dans les seize hôpitaux Sp (tableau 11). Certains indicateurs sont suivis par plusieurs hôpitaux comme c'est le cas pour six hôpitaux Sp qui tiennent compte d'un même indicateur sur la « *malnutrition à l'admission* ». Par contre, d'autres indicateurs ne sont suivis que dans un seul hôpital. C'est le cas d'un hôpital qui est le seul à utiliser un indicateur très spécifique concernant le choix de fin de vie pour les patients en état neuro-végétatif persistant.

Un même indicateur pouvant comptabiliser plusieurs occurrences, il ressort de l'analyse des données que 225 occurrences correspondent à 138 indicateurs. 80 indicateurs sont issus de la liste fournie aux hôpitaux (indicateurs sélectionnés par les hôpitaux dans l'instrument de rapportage de l'autorité fédérale en 2008-2009) et 58 « autres » indicateurs sont proposés par les hôpitaux eux-mêmes (tableau 11).

Les indicateurs issus de la liste fournie aux hôpitaux sont plus variés que ceux de la catégorie « autres » (respectivement 80 indicateurs contre 58) et leur utilisation est plus fréquente (respectivement 167 occurrences contre 58).

Les indicateurs de la catégorie « autres » sont tous utilisés une seule fois (58 indicateurs sur 58 occurrences), ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils sont assez spécifiques à l'hôpital dans lesquels ils sont utilisés.

Tableau 11: Nombre et fréquence d'indicateurs pour les hôpitaux Sp (n=16)

hôpital Sp (n=16)	liste			autres		total
nombre d'indicateurs	80	58 %	>	58	42 %	138
occurrence	167	74 %	>	58	26 %	225

23 Pour rappel, l'« occurrence » est définie comme la sélection d'un indicateur par un hôpital.

3.4.6.2. Top 20 des indicateurs les plus utilisés et dimensions associées dans les hôpitaux Sp

Dans le Top 20, on retrouve majoritairement des indicateurs de dimension B (quatorze indicateurs). On retrouve également quatre indicateurs de dimension D, deux indicateurs de dimension C et un indicateur de dimension A (tableau 12).

Dix indicateurs du Top 20 sont repris par au moins un quart des hôpitaux. Le 1^{er} indicateur du Top 20, « *déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclarations d'incidents* », est repris par presque un hôpital Sp sur deux (sept hôpitaux sur seize).

Tableau 12: Top 20 des indicateurs les plus souvent sélectionnés par les hôpitaux Sp (n=16)

intitulé des indicateurs	occurrence	%	dimension
1 déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclaration d'incidents	7	44 %	B
2 prévalence de malnutrition à l'admission	6	38 %	B
3 hygiène des mains : pourcentage d'observance concernant les recommandations pour les prestataires de soins	5	31 %	B
3' formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	5	31 %	D
5 erreurs de médication survenues pendant le trajet complet de la prescription à l'administration du médicament	4	25 %	B
5' nombre de plaintes au service de médiation	4	25 %	B
5' utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains	4	25 %	B
5' degré de spécialisation des infirmiers	4	25 %	D
5' degré de qualification du personnel de soins	4	25 %	D
5' nombre d'équivalents temps plein par service	4	25 %	D
11 infections liées aux soins	3	19 %	A
11' chutes de patients hospitalisés dans certains services	3	19 %	B
11' chutes survenant fréquemment chez un même patient	3	19 %	B
11' mesures de la satisfaction des patients	3	19 %	B
11' nombre total de chutes	3	19 %	B
11' nombre total d'incidents rapportés	3	19 %	B

11'	participation à la troisième campagne nationale de promotion de l'hygiène des mains	3	19%	B
11'	prévalence de malnutrition s'étant développée durant le séjour à l'hôpital	3	19%	B
11'	survenue totale de malnutrition qui se développe durant le séjour hospitalier	3	19%	B
11'	utilisation de la capacité d'hospitalisation	3	19%	C
11'	durée moyenne de séjour des patients avec une pathologie spécifique	3	19%	C

Légende: % = proportion d'hôpitaux Sp; A = dimension « performance clinique »; B = dimension « sécurité des patients et orientation patient »; C = dimension « performance économique, financière et informatique »; D = dimension « orientation personnel et équipe ».

Entre 2008-2009 et 2009-2010, le nombre d'occurrences a fortement changé: les indicateurs ne sont repris au maximum que par 44 % des hôpitaux en 2009-2010 alors qu'en 2008-2009, tous les indicateurs du Top 20 étaient repris par plus de 68 % des hôpitaux. Cette différence est due au fait que l'on ne faisait pas la différence entre les indicateurs suivis pour les actions d'amélioration et ceux pour le monitoring de la qualité et sécurité des patients. Les indicateurs n'apparaissant plus dans le Top 20 sont majoritairement utilisés pour faire le monitoring en 2009-2010.

Cela a pour conséquence de changer le contenu et l'ordre du Top 20 entre 2008-2009 et 2009-2010 (ex: le 1er indicateur du Top 20 en 2009-2010 n'apparaissait pas dans le Top 20 en 2008-2009).

3.4.6.3. Top 5 des indicateurs les plus utilisés par dimension dans les hôpitaux Sp

Lors de l'analyse des Top 5 des indicateurs des hôpitaux Sp (tableau 13), il s'avère que pour la **dimension A** (performance clinique), l'indicateur « infections liées aux soins » est désigné le plus fréquemment (19%).

C'est le même Top 5 qu'en 2008-2009.

Pour la **dimension B** (sécurité des patients et orientation patient), l'indicateur « déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclarations d'incidents » a été désigné par quasiment un hôpital Sp sur deux (sept sur seize hôpitaux Sp) suivi par les indicateurs « prévalence de malnutrition à l'admission » (38 %) et « hygiène des mains: pourcentage d'observance concer-

nant les recommandations pour les prestataires de soins » (31 %). Les hôpitaux Sp, tout comme les hôpitaux aigus et psychiatriques, placent deux indicateurs ayant trait à la notification des incidents dans leur Top 5. Encore une fois, ceci s'explique par le fait les hôpitaux Sp participant au contrat depuis trois ans sont davantage engagés dans le développement d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents (*cf.* pilier 1).

Le Top 5 de la dimension B en 2008-2009 était différent²⁴ : quatre indicateurs ont changé. Le seul indicateur que l'on retrouve est le « *nombre de plaintes au service médiation* ». Les autres indicateurs apparaissant dans le Top 5 en 2008-2009 sont majoritairement utilisés pour faire le monitoring en 2009-2010.

Pour la **dimension C** (performance économique, financière et IT), l'indicateur « *utilisation de la capacité d'hospitalisation* » et l'indicateur « *durée moyenne de séjour des patients avec une pathologie spécifique* » sont désignés le plus fréquemment (19%).

La tendance du Top 5 pour la dimension C est restée la même depuis 2008-2009 : quatre indicateurs sont identiques, le seul qui n'est pas repris en 2009-2010 est l'indicateur « *coûts informatiques* ». Cet indicateur, repris par 74 % des hôpitaux Sp en 2008-2009, est majoritairement utilisé pour faire le monitoring en 2009-2010 (un seul hôpital le suit pour réaliser des actions d'amélioration).

Pour la dernière **dimension D** (personnel et orientation équipe), l'indicateur « *formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical* » est l'indicateur le plus fréquemment désigné (31 %).

C'est le même Top 5 qu'en 2008-2009.

²⁴ Pour rappel, les données 2008-2009 ne faisaient pas la distinction entre les indicateurs « suivis pour la réalisation d'actions d'amélioration » et « monitoring de la qualité et de la sécurité des patients ».

Tableau 13: Top 5 des indicateurs suivant la dimension, selon l'occurrence et la proportion d'hôpitaux Sp

DIMENSION A : performance clinique	O	%	S	P	R
infections liées aux soins	3	19%			*
nombre de patients à risque pour lesquels une anamnèse spécifique relative à l'alimentation a été entreprise	2	13%			*
nombre de patients à risque pour lesquels un protocole spécifique a été entrepris concernant la malnutrition	2	13%			*
mortalité totale en milieu hospitalier	2	13%			*
six indicateurs <i>ex æquo</i> (11.3; 11.7; 11.8; 11.9; 17.8.2; 20.4.7)	1	6%			
DIMENSION B : sécurité des patients et orientation patient	O	%	S	P	R
déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclaration d'incidents	7	44%			*
prévalence de malnutrition à l'admission	6	38%			*
hygiène des mains : pourcentage d'observance concernant les recommandations pour les prestataires de soins	5	31%			*
trois indicateurs <i>ex æquo</i> (3.3 : utilisation d'alcool pour l'hygiène des mains ; 12.8.2 : erreurs de médication survenues pendant le trajet complet de la prescription à l'administration du médicament ; 13.3.1 : nombre de plaintes au service de médiation)	4	25%			
DIMENSION C : performance économique, financière et informatique	O	%	S	P	R
utilisation de la capacité d'hospitalisation	3	19%			*
durée moyenne de séjour des patients avec une pathologie spécifique	3	19%			*
cinq autres indicateurs <i>ex æquo</i> (5.1 ; 5.2 ; 5.3 ; 5.4 ; 5.5)	2	13%			
DIMENSION D : orientation personnel et équipe	O	%	S	P	R
formations continues suivies par le personnel infirmier et paramédical	5	31%			*
degré de spécialisation des infirmiers	4	25%		*	
degré de qualification du personnel de soins	4	25%		*	
nombre d'équivalents temps plein par service	4	25%		*	
six autres indicateurs <i>ex æquo</i> (1.15 ; 1.2 ; 1.3 ; 1.4 ; 1,5 ; 1.7)	2	13%			

Légende: O = occurrence ; % = proportion d'hôpitaux Sp ; S = structure ; P = processus ; R = résultat.

Lors d'une analyse des indicateurs des Top 5 pour toutes les dimensions (*ex æquo* non pris en compte), il s'avère que 46% (n=6) des indicateurs sont des indicateurs de résultat, que 31% (n=4) sont des indicateurs de processus et 23% (n=3) des indicateurs de structure.

4. DISCUSSION

Pratiquement tous les hôpitaux (98 %) ont complété l'instrument de rapportage et l'ont renvoyé à l'autorité fédérale. La comparaison du nombre d'occurrences pour les années 2008-2009 (cartographie) et 2009-2010 montre que plus d'un tiers des indicateurs sélectionnés en 2008-2009 par les hôpitaux ne sont plus retenus en 2009-2010.

Plusieurs explications sont possibles. Soit les hôpitaux ne retiennent pour l'analyse de 2009-2010 que les indicateurs pouvant effectivement être considérés comme des indicateurs (pour le pilotage de la qualité et de la sécurité des patients), soit ils ont fait preuve d'un certain manque de précision lors du remplissage de la cartographie en 2008-2009. Alors qu'en 2008-2009, 95 indicateurs en moyenne avaient été sélectionnés par les hôpitaux, en 2009-2010, ce chiffre est passé à 67, un chiffre qui reste cependant encore relativement élevé. Sur l'ensemble des occurrences, trois sur quatre sont utilisées pour le suivi de la qualité et de la sécurité des patients et un sur quatre seulement pour le suivi d'actions d'amélioration spécifiques (liées à la qualité et à la sécurité des patients).

Le déséquilibre de la répartition des indicateurs entre les quatre dimensions persiste en 2009-2010. 57 % des indicateurs utilisés concernent la dimension B (sécurité des patients et orientation patient), tandis que 9 % seulement des indicateurs concernent la dimension C (performance économique, financière et informatique). C'est en 2008-2009 que le nombre le plus élevé d'indicateurs a été listé dans la dimension C. Cette situation pourrait être due au fait que les indicateurs de la dimension C concernent souvent des indicateurs structurels classés dans la catégorie « monitoring de la qualité et de la sécurité des patients ».

Un grand nombre de personnes sont responsables du suivi des indicateurs et, dans ce cadre, c'est le coordinateur qualité et sécurité des patients qui semble avoir un rôle de premier plan à côté des responsables du département infirmier et des médecins-chefs qui sont les destinataires les plus fréquents des résultats de certains indicateurs spécifiques. Il est frappant de constater que la direction générale est moins souvent citée alors qu'on pourrait s'attendre à ce que celle-ci soit investie d'un rôle de suivi important au niveau de ce que l'on appelle les macro indicateurs relatifs à la qualité et à la sécurité des patients. On suppose que les directions sont informées des projets institutionnels mais pas des projets liés à un service. Autre constatation frappante: les indicateurs liés à la technologie de l'information et de la communication sont très peu

suivis alors qu'ils revêtent pourtant une grande importance pour la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le suivi de la plupart des indicateurs se fait sur base annuelle. La question se pose de savoir si cette fréquence annuelle du rapportage permet une approche suffisamment proactive pour la majorité des indicateurs. La littérature internationale n'offre que peu de références en ce qui concerne la fréquence du suivi des indicateurs non cliniques.

Le Top 5 des indicateurs est clairement lié au développement du pilier 1 du contrat « coordination qualité et sécurité des patients ». Dans la troisième année de contrat (2009-2010), les hôpitaux doivent développer et/ou implémenter un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents. L'indicateur « *déclarations spontanées d'erreurs médicamenteuses par un système de déclaration d'incidents* » se situe, pour les trois types d'hôpitaux, dans les Top 5 des indicateurs les plus fréquemment utilisés.

Si l'on tient compte des résultats des différents types d'hôpitaux séparément, il ressort que tous les hôpitaux (tant aigus que psychiatriques et Sp) ont listé un nombre plus élevé d'indicateurs dans la catégorie « autres » que dans les catégories d'indicateurs fournies par l'autorité fédérale. Dans le prolongement des résultats de 2008-2009, en 2009-2010 aussi la grande majorité des indicateurs sont des indicateurs de résultat, et ceci au détriment des indicateurs de processus et de structure. Seuls les hôpitaux Sp ont mené une politique plus équilibrée en ce qui concerne les types d'indicateurs. Bien que les indicateurs de résultat soient importants pour l'évaluation de la qualité, la littérature internationale souligne également l'importance des indicateurs de structure et de processus.

CHAPITRE 4. PLAN D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN

Conclusions clés

- L'autorité fédérale va poursuivre son plan d'accompagnement et de soutien aux hôpitaux pour faciliter la réalisation du contrat « coordination qualité et sécurité des patients ».
- Entre juin 2010 et juin 2011, vingt-trois workshops ont été organisés auxquels 722 personnes se sont inscrites.
- Les workshops sont conçus de manière à combiner à la fois la théorie et la pratique en les illustrant avec des exemples rencontrés par le personnel hospitalier.
- Les sujets traités dans le cadre des workshops concernent principalement la gestion de la sécurité (pilier 1).
- La participation des directions, cadres et médecins au 4^e symposium sur la qualité et la sécurité des patients est faible.
- Une réflexion critique s'est engagée pour obtenir un plus clair engagement de la part des gestionnaires, des directions, des médecins et des cadres dans le domaine de la qualité et la sécurité des patients.
- Les différents réseaux hospitaliers (mis en place pour les coordinateurs qualité) poursuivent leurs activités.

1. INTRODUCTION

En 2008, l'autorité fédérale a commencé à mettre en place un plan d'accompagnement et de soutien pour les hôpitaux. L'objectif était de soutenir efficacement les hôpitaux dans la mise en œuvre du contrat « coordination qualité et sécurité des patients ».

La demande de soutien avait été clairement émise par les hôpitaux lors du premier contrat « coordination qualité et sécurité des patients » (2007-2008).

L'équipe QS (SPF SPSCAE - DG1) a mis en place **différentes formes d'accompagnement et de soutien**. Les thèmes correspondent aux sujets mentionnés dans les contrats. Ils sont également envisagés dans les réseaux hospitaliers (mis en place pour les coordinateurs qualité).

Outre l'organisation de journées d'étude, de workshops et d'ateliers et le soutien aux réseaux, d'autres activités sont menées :

- la mise à disposition d'un relevé des formations existantes ;
- la mise en place d'un accès facile et interactif avec les hôpitaux ;
- la mise à la disposition de documents de rapportage pour les hôpitaux ;
- le développement d'un site web ;
- l'organisation annuelle d'une semaine et d'un symposium sur la qualité et la sécurité des patients ;
- la poursuite du soutien du projet de Transfert Intra-Muros des patients (TIM) ;
- la réalisation d'un feedback des résultats des rapports des hôpitaux.

Un élément nouveau en 2011 : la mise en place d'un helpdesk sur la taxonomie (<http://forum.icps-belgium.be>). Ce helpdesk est destiné à aider les hôpitaux à enregistrer de manière standardisée les événements indésirables en fonction de la taxonomie de l'OMS. Il a également pour but d'apporter un soutien dans le codage des incidents dans le format XML.

Les activités menées au cours de la période allant de juin 2010 à juin 2011 dans le cadre du plan d'accompagnement et de soutien²⁵ sont décrites ci-dessous. Certaines informations sont reprises de manière plus détaillée dans les annexes situées en fin du chapitre.

25 Des activités organisées au sujet du plan d'accompagnement et de soutien en 2007, 2008, 2009 et 2010 (jusqu'en juin) sont décrites avec plus de précision dans le deuxième rapport « Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2009 ».

2. WORKSHOPS

Dans le cadre du troisième contrat «coordination qualité et sécurité des patients» (2009-2010), les hôpitaux devaient: décrire cinq incidents, spécifier la méthode d'analyse rétrospective utilisée et les actions d'amélioration menées. Les hôpitaux devaient également classer ces incidents dans la taxonomie de l'OMS. Dans ce contexte, ils ont été encouragés à implémenter le modèle d'exportation XML. En outre, une seconde mesure de la culture de sécurité des patients a été demandée aux hôpitaux signant leur quatrième contrat (2011).

Entre juin 2010 et juin 2011, vingt-trois workshops ont été organisés, auxquels 722 personnes se sont inscrites. Ces workshops ont porté sur :

- les analyses rétrospectives :
- SIRE²⁶ (14 workshops, 339 inscriptions) ;
- PRISMA²⁷ et SIRE (3 workshops pour les coordinateurs nouvellement en fonction²⁸, 72 inscriptions) ;
- la taxonomie (2 workshops pour les nouveaux coordinateurs²⁹, 33 inscriptions) ;
- le modèle d'exportation XML (2 workshops, 139 inscriptions) ;
- la mesure de la culture de sécurité (2 workshops, 139 inscriptions).

2.1. Workshops sur les analyses rétrospectives

De juin 2010 à juin 2011, seize workshops ont été consacrés aux méthodes d'analyses rétrospectives : deux sur PRISMA et quatorze sur SIRE.

La méthode PRISMA avait déjà été présentée lors de précédents workshops (organisés en 2009 et au cours du 1^{er} semestre 2010), mais il a paru nécessaire de rééditer ces workshops en 2011 pour les coordinateurs nouvellement en fonction et/ou ceux qui n'avaient pas pu venir aux séances précédentes (2 sessions). Dans ce cadre, 44 personnes ont pu s'y inscrire.

La méthode SIRE, qui comprend sept étapes, a été donnée en deux temps. Les étapes 1 à 4 ont d'abord été organisées en quatorze workshops au printemps et en automne 2010. Deux de ces ateliers étaient adressés aux nouveaux coor-

26 SIRE: Systematic Incident Reconstruction and Evaluation.

27 PRISMA: Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis.

28 Au début de l'année 2010, sept workshops ont été organisés sur PRISMA (179 participants).

29 Au début de l'année 2010, cinq workshops ont été organisés sur la taxonomie (.191 participants).

dinateurs. Les étapes 5 à 7 ont été ensuite présentées au printemps 2010. Au total, 339 personnes ont été inscrites à ces workshops.

2.2. Workshops sur la taxonomie et XML

Des sept workshops organisés en 2009 et au printemps 2010, deux ateliers ont été réédités pour les coordinateurs nouvellement en fonction et/ou ceux n'ayant pas pu venir aux séances précédentes (33 inscrits).

Dans le troisième contrat (2009-2010), les hôpitaux ont été encouragés à adopter la taxonomie dans le système de notification et d'apprentissage de chaque hôpital et à exporter les données via un format XML. Pour soutenir les hôpitaux et les entreprises commerciales, un manuel, une base de données vide et un programme pour lire les fichiers XML ont été fournis. Deux workshops ont été organisés et adressés principalement aux informaticiens des hôpitaux (149 inscrits) (*cf.* annexe 1).

Le software est téléchargeable sur le site Internet : www.patient-safety.be.

2.3. Workshops sur la mesure de la culture de sécurité des patients

Pour faciliter le travail des coordinateurs qualité et/ou sécurité des patients dans la préparation de la deuxième mesure de la culture de sécurité, deux workshops ont été organisés pour présenter les outils mis à disposition, rappeler la méthodologie à suivre et la possibilité de participer au benchmarking coordonné par l'Université de Hasselt (139 inscrits) (annexe 1).

En conclusion, d'après l'analyse des résultats des questionnaires de satisfaction des participants et les taux de présence, le contenu de ces workshops semble répondre aux besoins et aux demandes des coordinateurs qualité et sécurité et/ou à leurs collègues impliqués dans ces domaines. Les présentations des workshops sont disponibles sur le site www.patient-safety.be.

3. L'ENCOURAGEMENT ET LE SOUTIEN DE RÉSEAUX HOSPITALIERS

En 2009, afin de mieux s'entraider dans le cadre des exigences des contrats annuels « coordination qualité et sécurité des patients », la création de réseaux a été vivement encouragée. Dans la partie néerlandophone du pays, deux réseaux poursuivent leurs activités. Il s'agit de celui pour les hôpitaux psychi-

atriques et celui pour les hôpitaux Sp. Dans la partie francophone du pays, deux réseaux poursuivent également leurs activités: le réseau des hôpitaux aigus et Sp et celui des hôpitaux psychiatriques (QualPsy).

L'équipe QS stimule et soutient les réseaux des coordinateurs qualité et sécurité qui le souhaitent de différentes manières:

- par la coordination des réunions en fonction de thèmes précis;
- en donnant la possibilité d'échanger au sujet des bonnes pratiques et des connaissances;
- grâce à un soutien logistique par la mise à disposition de salles de réunion.

Les quatre réseaux mentionnés ci-dessus ont également continué leurs activités en 2010, chacun selon sa propre dynamique. Plus de détails se trouvent en annexe 2.

4. PRÉSENTATION DES FORMATIONS EXTERNES

Ces dernières années, les hôpitaux ont exprimé des besoins de formation à la qualité et à la sécurité. Les possibilités de formation en externe ont été cataloguées afin d'avoir une idée de la gamme des possibilités de formation.

L'équipe QS a également mis à disposition un aperçu des formations externes existantes. On distingue trois catégories:

1. les formations sur la qualité et la sécurité des patients;
2. les conférences nationales et internationales sur la qualité et la sécurité des patients;
3. d'autres formations dans le domaine de la qualité.

5. LA STIMULATION DE L'INTERACTION AVEC LES HÔPITAUX

Toutes les communications entre l'équipe QS et la direction de l'hôpital et la personne de contact pour le contrat sont faites par mail. Ces communications concernent: les informations sur les workshops, le symposium, les documents de rapportage, les réseaux hospitaliers,... Outre la voie électronique (qs@sante.belgique.be), les hôpitaux peuvent avoir également un contact direct avec l'équipe QS par téléphone.

Bien communiquer avec ses partenaires reste encore un souci de préoccupation majeure pour l'avenir.

6. LA MISE À LA DISPOSITION DE DOCUMENTS DE RAPPORTAGE POUR LES HÔPITAUX

Depuis 2009-2010, la trame de rapport est fournie de manière électronique (format Excel), ce qui permet d'analyser les données sur un plan national de manière plus efficace. L'utilisation de ces trames de reportages est obligatoire.

7. LE SITE WEB

Le site Internet www.patient-safety.be est une sous-section du site général du SPF SPSCAE (www.health.belgium.be). Cette section consacrée à la qualité et à la sécurité des patients peut y être consultée en suivant le chemin : « soins de santé », « institutions de soins » puis « sécurité des patients ».

Toutes les informations relatives aux contrats « coordination qualité et sécurité des patients » sont développées à travers quatre thèmes :

- « mission » ;
- « semaine pour la sécurité des patient » (inscription au symposium, programme et présentations) ;
- « contrat coordination qualité et sécurité des patient » (contrats, inscription au contrat, documents de reportage, informations sur la taxonomie ou encore les instruments pour effectuer la mesure de la culture,...)
- « plan de soutien » (présentations et programmes de workshops, catalogue des formations externes sur la qualité et la sécurité des patients,...)

Les actualités et nouveautés se trouvent toujours sur la page d'accueil. Les documents des années précédentes se trouvent sous la rubrique « plus sur ce thème ».

Par ailleurs, en 2010, deux sections pertinentes pour la qualité et la sécurité des patients mais non liées au contrat ont été ajoutées sur le site. Il s'agit des projets : « Safe Surgery » (introduction d'une check-list au quartier opératoire) et « VAP » (implémentation d'un faisceau de soins pour la pneumonie associée à la ventilation).

8. SEMAINE ET SYMPOSIUM SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

La quatrième semaine et le quatrième symposium sur la qualité et la sécurité des patients se sont déroulés en novembre 2010.

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.

Le contenu du quatrième symposium a été une combinaison de conférences et d'une session de posters.

Les organisateurs du symposium ont essayé de proposer d'obtenir un programme équilibré pour les exposés tant pour les hôpitaux aigus, psychiatriques que Sp.

Les quatre thèmes abordés dans les conférences ont été les suivants :

- regards croisés : passé et perspectives ;
- processus de soins : analyse critique ;
- innovation dans l'action ;
- la qualité et la sécurité des patients : quelles significations pour les hôpitaux psychiatriques et Sp ?

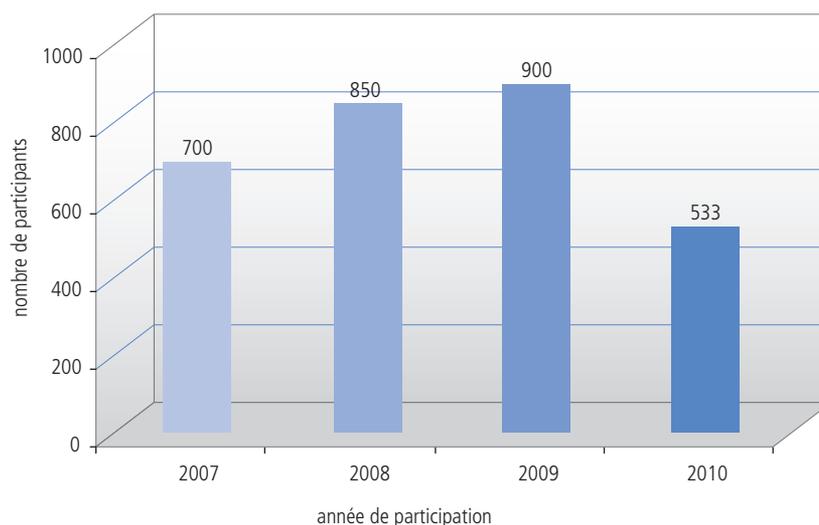
Par ailleurs, vingt-neuf posters ont été présentés au public. Ils illustrent les activités menées dans le cadre des trois piliers mentionnés dans le contrat « coordination qualité et sécurité des patients ». Deux posters ont reçu le prix du public : celui du CHU Mont-Godinne (A.S. CORNET, B. KRUG *et al.* : « Comment sensibiliser le personnel à la sécurité des patients ? Une expérience à partager », et celui de l'hôpital de l'AZ Damiaan (N. BAILLIEUL *et al.* : « La culture de sécurité dans un hôpital général renforcée grâce à une campagne sur la sécurité des patients »).

La graphique 1 montre l'évolution du nombre de participants au symposium Qualité et sécurité des patients depuis 2007. En 2010, on a pu constater une diminution significative du nombre de participants et une faible représentativité de la direction.

En conséquence, deux décisions ont été prises. L'équipe QS a estimé que des actions explicites devaient être menées au niveau du leadership. A cette fin, elle a pris contact avec les organisations faitières dans le but de mieux sen-

sibiliser les directions à la problématique de la qualité et de la sécurité des patients. L'équipe QS a également proposé de programmer la semaine Qualité et sécurité à l'hôpital avant le symposium pour laisser aux professionnels de la santé la possibilité de s'inscrire au symposium.

Graphique 1: Nombre de participants au symposium Qualité et sécurité des patients en 2007, 2008, 2009, 2010



9. LE SOUTIEN D'UN PROJET DE TRANSFERT INTRA-MUROS DES PATIENTS

Depuis mars 2009, une convention a été conclue entre le SPF Santé publique et les trois Écoles de Santé publique francophones³⁰ dans le but d'apporter un soutien méthodologique aux hôpitaux désireux de travailler au niveau des transferts intra-muros des patients. Cette convention a été renouvelée et élargie à différents thèmes durant la troisième année de contrat (2009-2010).

³⁰ Respectivement de l'Université Catholique de Louvain (UCL), de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et de l'Université de Liège (ULg).

En ce qui concerne le Transfert Intra-Muros des patients stables (TIM), le projet est toujours en cours et élargi en deux thèmes :

- TEM : le Transfert Extra-Muros.
- TIMI : le Transfert Intra-Muros des patients Instables.

Les principaux objectifs du projet TIM sont :

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

Plus d'informations au sujet des réseaux TEM et TIMI se trouvent en annexe 3.

10. HELPDESK POUR LA TAXONOMIE

Le helpdesk a pour but de soutenir les hôpitaux pour l'enregistrement correct des incidents au moyen de la taxonomie et en expliquant comment coder ces incidents dans le format XML.

Le helpdesk s'articule autour des trois rubriques suivantes :

1. La rubrique « Ask & Discuss » (A & D) permet de discuter des thèmes avec les utilisateurs. On peut poser des questions, chercher des réponses ou simplement aider d'autres utilisateurs à résoudre des problèmes spécifiques. Les sujets et questions abordés seront examinés à l'occasion des réunions bimestrielles du groupe de travail taxonomie. Les questions complexes feront l'objet d'une réponse basée sur un consensus au sein de ce groupe de travail taxonomie. Vu la fréquence des réunions, une réponse devrait parvenir endéans les deux mois.
2. Les sujets pertinents ou récurrents de la rubrique précédente (A & D) seront reformulés dans un document FAQ. Cette rubrique « FAQ » reprend donc un ensemble de réponses types aux questions fréquemment posées. Ces réponses sont formulées par les groupes de travail taxonomie et tiennent compte des discussions menées sur le forum.
3. La rubrique « Download » contient les dernières versions des manuels et autres instruments.

Chaque utilisateur peut poser ses questions dans sa propre langue. Les réponses du groupe de travail taxonomie seront toutefois formulées en anglais afin d'éviter malentendus, erreurs d'interprétation et autres discussions sémantiques.

Pour accéder au helpdesk, poser des questions et/ou consulter les réponses, chaque utilisateur doit s'enregistrer en créant un nom d'utilisateur et un mot de passe. L'utilisateur peut se connecter après avoir reçu une confirmation par mail.

Ce helpdesk peut être consulté sur le site <http://forum.icps-belgium.be>.

11. FEEDBACK DES RÉSULTATS ISSUS DES RAPPORTS REMIS PAR LES HÔPITAUX

Les résultats issus des rapports annuels des hôpitaux ont été analysés par l'équipe QS et sont communiqués aux hôpitaux sous forme de publication. Une première publication a été éditée en 2008³¹, une seconde en 2009³². Ces rapports sont disponibles sur le site web www.patient-safety.be. Une présentation powerpoint avec les résultats résumés est également disponible sur le site. Les hôpitaux peuvent utiliser cette présentation afin de diffuser ces résultats au sein de leur institution.

31 L. BORGERMANS *et al.*, *Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2008. Rapport sur le contrat coordination qualité et sécurité des patients 2007-2008*, SPF Santé publique, 2008.

32 L. BORGERMANS *et al.*, L. BORGERMANS *et al.*, *Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2009. Rapport sur le contrat coordination qualité et sécurité des patients 2008-2009*, SPF Santé publique, 2009.

ANNEXE 1

Relevé des workshops organisés entre juin 2010 et juin 2011

thème	nombre de sessions	nombre de participants	orateurs
SIRE 1 (partie 1)	7	73 + 107 = 180	workshops francophones <ul style="list-style-type: none"> • X. De Béthune (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)) • D. Putzeys (CHR de la Citadelle, Liège) • B. Krug (Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, Yvoir) • B. Hermand (Centre Neurologique William Lennox, Ottignies) workshops néerlandophones <ul style="list-style-type: none"> • A. Van de Velde (O.L. Vrouw, Aalst) • M. Etienne (GZA, Antwerpen) • A. Schollaert (P.C. Sleidinge)
modèle XML	2	115 + 24 = 139	L. Van Looy (GZA, Antwerpen) M. Devos (Calidos)
SIRE 2 (partie 2)	9	77 + 82 = 159	workshops francophones <ul style="list-style-type: none"> • X. De Béthune (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes (ANMC)) • D. Putzeys (CHR de la Citadelle, Liège) • B. Krug (Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, Yvoir) • B. Hermand (Centre Neurologique William Lennox, Ottignies) workshops néerlandophones <ul style="list-style-type: none"> • A. Van de Velde (O.L.Vrouw, Aalst) • M. Etienne (GZA, Antwerpen) • T. Nelis (Jessa Ziekenhuis, Hasselt)
mesure de la culture	2	46 + 93 = 139	workshops francophones <ul style="list-style-type: none"> • D. Sauwens (SPF Santé publique) • A. Vlayen (Universiteit Hasselt) • M. Laurent (CHU Tivoli, La Louvière) workshops néerlandophones <ul style="list-style-type: none"> • A. Vlayen (Universiteit Hasselt) • X. Morret (Sint-Andriesziekenhuis, Tielt)

thème	nombre de sessions	nombre de participants	orateurs
PRISMA (pour débutants)	1	28	M. Etienne (GZA, Antwerpen) A. Braet (AZ Sint-Blasius, Dendermonde)
taxonomie (pour débutants)	2	13 + 20 = 33	workshops francophones <ul style="list-style-type: none"> • M. Laurent (CHU Tivoli, La Louvière) • B. Hermand (Centre Neurologique William Lennox, Ottignies) workshops néerlandophones <ul style="list-style-type: none"> • T. Coolen (AZ Groeninge) • M. Etienne (GZA, Antwerpen) • T. Nelis (Jessa Ziekenhuis, Hasselt)
SIRE 1 (pour débutants)	1	29	<ul style="list-style-type: none"> • A. Van de Velde (O.L.Vrouw, Aalst) • M. Etienne (GZA, Antwerpen)
PRISMA/ SIRE 1 (pour débutants)	1	15	<ul style="list-style-type: none"> • M. Laurent (CHU Tivoli, La Louvière) • C. De Leeuw (CH Jean Titeca, Bruxelles) • B. Krug (Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, Yvoir) • B. Hermand (Centre Neurologique William Lennox, Ottignies)

ANNEXE 2

Description et activités des réseaux hospitaliers

1. Réseau néerlandophone pour les hôpitaux psychiatriques

Entre juin 2010 et juillet 2011, trois réunions ont été organisées avec les hôpitaux psychiatriques sur ces thèmes spécifiques :

- Mesure de la culture de la sécurité des patients 2011. Pour préparer la nouvelle mesure de la culture de la sécurité des patients en 2011, le réseau des hôpitaux psychiatriques a contribué activement à adapter le questionnaire pour leur spécificité. Cette adaptation a été réalisée sous la coordination de Mme Annemie Vlayen de l'Université de Hasselt. Les rubriques « Environnement du travail » et « Fonction » ont été ajustées pour mieux correspondre aux spécificités des hôpitaux psychiatriques dans le cadre du benchmarking prévu en 2012.
- Processus transmuraux dans les hôpitaux psychiatriques. Toujours pour préparer les hôpitaux psychiatriques à remplir le contrat 2011, le réseau a travaillé sur cette problématique.
- Utilisation de la taxonomie dans les hôpitaux psychiatriques. La taxonomie pour les hôpitaux psychiatriques a été abordée sur base d'un exemple.
- Développer un set d'indicateurs de base pour les hôpitaux psychiatriques. Il a été suggéré de travailler sur des indicateurs spécifiques ou des domaines d'indicateurs pour la psychiatrie. Trois propositions ont été présentées par des personnes impliquées dans ce domaine.

Le contenu de ces réunions est largement déterminé par les hôpitaux participants. Il s'inscrit dans la lignée des questions concrètes soulevées dans la pratique hospitalière psychiatrique.

Pour obtenir plus d'informations sur ce réseau, le lecteur est invité à contacter l'équipe QS à l'adresse suivante: qs@sante.belgique.be.

2. Réseau néerlandophone pour les hôpitaux Sp

Trois réunions ont été organisées entre juin 2010 et juillet 2011 avec les hôpitaux Sp sur les thèmes suivants :

- incidents liés aux médicaments ;
- proposition d'amélioration de la sécurité du circuit du médicament ;
- contrat 2011 ;
- composition des domaines d'indicateurs uniformes pour les hôpitaux Sp ;
- préparer la concertation avec le SPF Santé publique et l'Agence flamande de Soins et Bien-être sur les indicateurs dans les hôpitaux Sp.

Ces thèmes ont été choisis par les hôpitaux Sp eux-mêmes.

Pour obtenir plus d'informations sur ce réseau, le lecteur est invité à contacter l'équipe QS à l'adresse suivante : qs@sante.belgique.be.

3. Réseau francophone des hôpitaux aigus et Sp

Au cours des cinq réunions, le réseau représentant dix-neuf hôpitaux a maintenu ses activités groupées autour des ces trois axes :

- l'analyse d'événements indésirables. Sur base de cas concrets proposés par les coordinateurs qualité et sécurité des patients demandeurs, les membres réalisent en commun certaines analyses d'événements indésirables (PRISMA, SIRE) ;
- une formation à l'animation de groupes. Un panel de vingt et un coordinateurs qualité a eu l'opportunité de suivre les deux premiers modules (deux sur quatre) sur la formation à l'animation de groupes. L'accent a été mis sur la communication verbale et non verbale ;
- une démarche de sensibilisation commune. À l'instar de la campagne pour l'hygiène des mains, les membres de ce réseau veulent conceptualiser une campagne de sensibilisation au port du bracelet d'identification.

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

4. QualPsy – Réseau francophone d'hôpitaux psychiatriques

Depuis décembre 2007, date de sa création, le réseau QualPsy est composé des coordinateurs qualité et sécurité des patients de dix-sept hôpitaux psychia-

triques francophones sis en Wallonie et à Bruxelles. Il se réunit tous les mois durant une journée.

Ce réseau poursuit les objectifs suivants :

- soutenir les membres pour répondre aux exigences du contrat « coordination de la qualité et la sécurité des patients », notamment en proposant des méthodes de travail pour les trois piliers ;
- concevoir des méthodes et outils de travail pour améliorer la qualité et la sécurité des patients spécifiques aux soins psychiatriques ;
- évoluer sous forme d'un groupe d'auto-apprentissage en matière de qualité et de sécurité et des patients en soins psychiatriques ;
- développer le partenariat et la collaboration avec l'équipe QS.

Le QualPsy insiste sur le fait que la psychiatrie ne se réduit pas à l'approche médicamenteuse. Outre les effets de la médication sur la symptomatologie, un grand nombre de voies d'accès au patient se déclinent dans la qualité de la relation thérapeutique avec le patient et/ou sa famille.

Deux thèmes reçoivent également toute l'attention du réseau : la violence des patients ainsi que les mesures thérapeutiques d'isolement et de contention.

Dans le cadre de la nouvelle reconversion des soins de santé mentale identifiée sous la dénomination d'article « 107 », la qualité de la communication inter-équipes devient un domaine d'attention prioritaire.

Pour obtenir plus d'informations sur ce réseau, le lecteur est invité à contacter Eric Pierrard : eric.pierrard@fracarita.org.

ANNEXE 3

Réseau sur le Transfert Intra-Muros des patients (TIM) : TEM et TIMI

Les nouvelles orientations du réseau TIM sont décrites ci-dessous : le Transfert Extra-Muros des patients (TEM) et le Transfert Intra-Muros des patients Instables (TIMI).

1. TEM (Transfert Extra-Muros des patients)

En 2010 et 2011, deux journées de formation-action ont été organisées sur les transferts extra-muros des patients.

La première journée a présenté les résultats d'une étude de la littérature existante sur ce sujet. Une méta-analyse de 2010 révèle que sur 5.739 articles, seuls douze ont été retenus (quatre études aux États-Unis, quatre études en Europe, trois études en Australie et une étude en Jamaïque).

Cette revue de littérature permet de formuler les constats suivants :

- il est difficile de trouver une définition précise d'un transport hospitalier non urgent ;
- l'état des malades concernés peut être significativement différent mais non critique ;
- il n'y a pas de distinction entre la notion de transport et de transfert ;
- il existe une importante méconnaissance des besoins pour assurer les transferts extra-muros : absence de procédure adaptée au patient, communication pauvre entre l'institution donneuse et l'institution receveuse, mode de transport inapproprié et personnel inapproprié ;
- pour faire baisser de 6 à 4 % les transferts mal sécurisés par l'escorte mise en place, les transferts plus sécurisés que nécessaire augmentent de 0 à 20 % avec du personnel surqualifié ;
- standardiser le processus des transferts est crucial ;
- une bonne communication est essentielle ;
- dès que la décision d'une hospitalisation est prise, l'objectif « sortie du patient » doit être considéré ;
- de nombreux acteurs, dont l'assistant social, doivent devenir des axes principaux de transmission ;
- le processus de transfert extra-muros s'intègre parfaitement dans le concept des itinéraires cliniques.

La deuxième journée de formation-action a été consacrée à la façon d'aborder un transfert extra-muros pour les situations particulières des services hospitaliers donneurs et receveurs qui y participeront.

2. TIMI – (Transfert Intra-Muros des patients Instables)

Une journée d'étude s'est adressée aux responsables et cadres professionnels de la santé des services des urgences, de réanimation, d'anesthésie et autres services à risques intéressés à la problématique du Transfert Intra-Muros du patient Instable. Elle a réuni 101 participants représentant vingt-neuf hôpitaux belges et deux hôpitaux étrangers (CHU d'Utrecht et CHU de Dijon).

Les points suivants ont été abordés:

la problématique du TIMI intégrée dans un contexte de prévention du risque iatrogène a été présentée par deux orateurs médecins urgentistes belges et le professeur J.-P. Quenot (CHU Dijon) a présenté la méthodologie adoptée en France pour publier 99 recommandations formalisées dans le cadre des TIMI ;

des ateliers ont été organisés pour travailler sur ces recommandations selon les thèmes suivants:

- épidémiologie des événements indésirables liés aux patients et à l'environnement (19 recommandations) ;
- matériel, monitoring et surveillance (22 recommandations) ;
- matériel, monitoring et surveillance (22 autres recommandations) ;
- préparation du malade avant le transport (18 recommandations) ;
- ressources humaines et formation (8 recommandations).
- organisation, architecture et traçabilité (10 recommandations).

Chaque participant a été amené à donner son avis sur les recommandations selon une méthodologie spécifique menée par les membres du Comité de pilotage des trois ESP et par les membres du comité scientifique³³ c'est-à-dire cinq médecins urgentistes et/ou de soins intensifs.

- le transfert postopératoire d'un patient à risque vital a été présenté (Bas De Vries, Centre médical Universitaire d'Utrecht) sous forme de vidéo-gramme.

33 Dr Jacques BERRÉ, Chef de clinique, Service des Soins Intensifs, ULB Erasme, Dr Yves LAURENT, Service des Soins Intensifs, Centre Hospitalier Lobbes – Jolimont, Dr Didier LEDOUX, Service des Soins Intensifs, ULg, Dr Jean-Pierre QUENOT, Chef de service, Réanimation médicale, CHU Dijon (France), Prof. Frédéric THYS, Chef de service, Urgences, UCL Saint-Luc.

-
- une table ronde menée par le professeur F. Thys (UCL) a terminé la journée. Elle a permis de présenter les résultats des votes des participants concernant les 99 recommandations.

Les 99 recommandations françaises ont reçu un accueil tout à fait favorable. Une demande de suivi des participants a été émise sous plusieurs formes : demande d'une suite sur les recommandations, demande d'accompagnement dans les hôpitaux pour le Transfert Intra-Muros des patients Instables, demande d'une étude multicentrique en collaboration avec la France. En 2011-2012, le Comité de pilotage, en accord avec les membres du comité scientifique, émettra des propositions.

Par ailleurs, l'expérience hollandaise sur la méthode d'application du vidéo-gramme pour motiver le personnel à modifier son comportement a été percutante. Cet outil couplé à une méthodologie rigoureuse semble être un outil d'avenir de changement des comportements pour nos hôpitaux.

CHAPITRE 5. ORIENTATIONS POUR L'AVENIR

Ce dernier chapitre traite des orientations pour l'avenir (jusqu'en 2017). Dans le précédent rapport « Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2009 », l'autorité fédérale insistait déjà sur le fait que les objectifs à poursuivre en termes de qualité et de sécurité des patients constituaient, pour elle, des points prioritaires.

Les résultats issus des rapports des années précédentes montrent qu'un certain nombre d'éléments importants ont déjà été réalisés dans le chef des hôpitaux. Cependant, il reste encore un long chemin à parcourir pour la plupart des activités liées à la qualité et la sécurité des patients.

La mesure de la culture de la sécurité des patients et les actions d'amélioration qui y sont associées, l'évolution positive en matière de déclaration et d'analyse d'incidents et de presque incidents et l'attention accrue pour les améliorations de processus sont autant de développements majeurs qui vont dans la bonne direction. Il reste toutefois de nombreux points faibles susceptibles d'être améliorés, tels que le développement et l'implémentation de soins orientés patient, l'utilisation d'indicateurs multidimensionnels à tous les échelons de l'hôpital et le développement des soins transmuraux. Un autre problème important demeure l'implication des directions, des médecins et des fonctions dirigeantes, que l'autorité fédérale considère comme une condition préalable et essentielle à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients. En effet, les directions, médecins et fonctions dirigeantes jouent un rôle crucial dans la définition et la mise en œuvre d'une politique hospitalière performante telle que prônée par l'autorité fédérale.

Les principes fondamentaux d'une politique hospitalière performante sont l'orientation client, l'innovation, l'esprit d'entreprise et la coopération et/ou le travail en réseau. Aux yeux de l'autorité fédérale, le premier principe (orientation client) consiste à répondre aux attentes du client. Par « client », il faut entendre non seulement le patient mais aussi sa famille. La notion de soins basés sur la relation (*relationship-based care*) occupe une place de plus en plus importante en termes d'orientation client. Cette notion va plus loin que la

bonne communication entre le prestataire de soins et le patient. Elle signifie que chacun met toutes les mesures et tous les efforts nécessaires en œuvre pour permettre les meilleurs soins possible. Cela concerne tant la communication que tous les autres processus matériels et immatériels qui influencent les soins. Ce type de soins n'est pas un choix facile, comme le souligne Katie Holtrop, experte en la matière. L'autorité adhère à cette vision.

Le second principe (innovation) est défini par l'autorité fédérale comme le développement et/ou l'implémentation de produits, services, processus, systèmes, structures organisationnelles ou modèles de gestion nouveaux ou améliorés, dont le but est de créer une valeur ajoutée pour les patients/clients, en cherchant à améliorer l'efficacité, la sécurité du patient, l'accessibilité et la durabilité des soins. L'innovation impliquera dans les années à venir l'intégration de la qualité et de la sécurité des patients dans les programmes de soins existants. Cela suppose que les programmes de soins continueront à se développer selon certaines conditions préalables, parmi lesquelles on trouve la mise à disposition d'indicateurs de structure, de processus et de résultat et d'autres processus sous la forme, par exemple, de trajets de soins.

Le troisième principe (esprit d'entreprise) reflète le *leadership* vers lequel tendent les directions et fonctions dirigeantes à différents niveaux dans le cadre du contrat « coordination de la qualité et de la sécurité des patients » et des améliorations ciblées en matière de qualité et de sécurité des patients. Plus que jamais, le monde hospitalier a besoin d'un *leadership* qui soit source d'inspiration, qui place le patient réellement au centre des préoccupations, qui valorise les collaborateurs et facilite la collaboration avec la première ligne, les autres hôpitaux et les maisons de repos et de soins.

En ce qui concerne le quatrième principe (coopération et/ou travail en réseau), le nombre croissant de maladies chroniques et de patients demandeurs de soins complexes poussera davantage à investir dans les soins transmuraux, nécessitant le développement et l'optimisation d'une multitude d'associations et de réseaux.

L'administration fédérale va davantage mettre l'accent sur ces quatre principes. Elle visera, pour ce faire, une bonne collaboration avec les associations faitières. Cette collaboration devra donner naissance à de nouvelles synergies, notamment pour (continuer à) encourager les directions d'hôpital à prendre le *leadership* au niveau de la qualité et la sécurité des patients.

En 2012, pour la dernière année du premier plan pluriannuel (2007-2012), l'autorité fédérale a pour objectif d'intégrer toutes les sources d'informations relatives à la sécurité des patients, dont par exemple, les mesures de satisfaction des patients et les méthodes d'analyse proactive (pilier 1).

En ce qui concerne le pilier 2, l'accent sera mis sur les soins transmuraux et, partant de l'analyse SWOT réalisée, il sera demandé aux hôpitaux de continuer à développer le processus transmurale choisi en 2011.

Concernant le pilier 3 (indicateurs), l'autorité fédérale s'accordera avec les associations faitières, les réseaux d'hôpitaux, les Régions et Communautés et les autres parties concernées. Dans le cadre du contrat 2012, l'autorité fédérale portera son attention sur le développement d'un plan d'accompagnement et de soutien en matière d'indicateurs pour les hôpitaux, en collaboration avec les acteurs concernés.

Le second plan pluriannuel (2013-2017) est en cours de préparation. La structure en trois piliers (structure, processus et résultat) sera maintenue mais intégrée de manière thématique. Les sujets des prochaines années, vu les tendances actuelles, tiendront compte du mouvement d'accréditation qui se met en route dans les hôpitaux. L'administration fédérale intégrera dans le nouveau plan pluriannuel un certain nombre de points importants à cet égard, comme par exemple l'identification des patients et l'introduction d'une « *Safe Surgery Checklist* » au bloc opératoire.



RELEVÉ DES GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUÉS EN DATE DU 1^{er} JUIN 2011

Membres du groupe de travail fédéral Sécurité des patients

Dr de Béthune Xavier
M. De Greef Johan
Mme Delgaudine Marie
Mme De Troyer Vera
M. Etienne Mark
M. Goossens Bart
M. Happe Christophe
Prof. Dr Heller Francis
Dr Hellings Johan
M. Hermand Bernard
Prof. Dr Krug Bruno
Dr Laurent Marius
M. Nelis Thijs
Prof. Dr Robays Hugo
Prof. Dr Vandekerckhove Bart
Dr Van Looy Luc

Membres du groupe de travail Taxonomie

Dr Braet Anja
Dr de Béthune Xavier
M. Etienne Mark
M. Goossens Bart
M. Hermand Bernard
Mme Kerstens Wendy
Prof. Dr Krug Bruno
Dr Laurent Marius
M. Nelis Thijs
Mme Postelmans Tilly
Mme Schollaert Anneleen
M. Van Daele Patrick

Dr Van de Candelaere Stefan
Mme Van de Velde Ann
Dr Van Looy Luc
Dr Vandenbosch Kristel