

# Qualité et sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2011

Rapportage sur le contrat « coordination qualité et sécurité des  
patients 2011 »

Direction générale Soins de Santé  
Service des Soins aigus, Chroniques et aux Personnes âgées

Liesbeth Borgermans  
Christiaan Decoster  
Mark Etienne  
Margareta Haelterman  
Laure Istas  
Agnès Jacquerye  
Marius Laurent  
Stéphanie Maquoi  
Hilde Peleman  
Irene Vanden Bremt

## REMERCIEMENTS

L'équipe QS tient particulièrement à remercier:

- M. Christiaan Decoster, Directeur Général de la DG Soins de Santé, 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 DG Soins de Santé;
- 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*

© 2013 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.

Dépôt: D/2013/2196/45

# TABLE DES MATIÈRES

EXECUTIVE SUMMARY	7
RÉSUMÉ	17
PRÉFACE	27
INTRODUCTION	29
CHAPITRE 1.	
PILIER 1 : SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DU PATIENT	31
1. INTRODUCTION	34
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	34
2.1. Evaluation de la culture de sécurité des patients	35
2.2. Poursuite de la mise en œuvre d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents	38
2.3. Cinq incidents analysés rétrospectivement sur la base de la taxonomie de l'OMS	38
3. RÉSULTATS	42
3.1. Nombre de rapports analysés	42
3.2. Résultats de la deuxième mesure de la culture de sécurité des patients	42
3.3. Implémentation du système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents	49
3.4. Méthodes d'analyse rétrospective	58
3.5. Classification des incidents analysés sur la base du dataset minimum de la taxonomie de l'OMS	64
3.6. Coordination des initiatives en matière de sécurité des patients par le comité sécurité des patients	71
4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE (2008) ET DE LA TROISIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2010) AVEC LA QUATRIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2011)	72
5. DISCUSSION	75

---

CHAPITRE 2.	
PILIER 2: PROCESSUS DE SOINS INTRA-MUROS ET DE SOINS TRANSMURAUX	79
PROCESSUS DE SOINS INTRA-MUROS	79
1. INTRODUCTION	82
2. CONTEXTE ET METHODOLOGIE	82
2.1. Définitions	82
2.2. Processus d'amélioration sélectionnés	83
2.3. Constitution d'une équipe multidisciplinaire	84
2.4. Utilisation de <i>Service Level Agreements</i>	85
2.5. Plan en 10 étapes	85
2.6. Indicateurs	86
3. RÉSULTATS	86
3.1. Processus d'amélioration	87
3.2. Caractéristiques des processus d'amélioration présentés	92
3.3. Indicateurs	97
4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE LA DEUXIÈME (2009) ET DE LA TROISIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2010) AVEC LA QUATRIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2011)	99
5. DISCUSSION	100
PROCESSUS TRANSMURAUX	102
1. INTRODUCTION	104
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	104
2.1. Importance des soins transmurales	104
2.2. Définition des soins transmurales	104
2.3. Méthodes de collecte et de traitement des données	105
3. RÉSULTATS	107
3.1. Réponse	107
3.2. Typologie des accords de collaboration	107
3.3. Populations de patients	107
3.4. Instigateur du projet des soins transmurales	108
3.5. Objectifs	109
3.6. Partenaires intra-muros impliqués dans le projet	109
3.7. Partenaires transmurales impliqués dans le projet	110
3.8. Dimensions du Chronic Care Model	111
4. DISCUSSION	116

CHAPITRE 3.	
INDICATEURS	121
1. INTRODUCTION	123
2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	123
2.1. Définition de la qualité, de la sécurité des patients et des indicateurs	123
2.2. Méthode de collecte des données	123
3. RÉSULTATS	125
3.1. Indicateurs cliniques	125
3.2. Mission-vision appliquée à un service ou à un département	136
4. DISCUSSION	152
4.1. Indicateurs cliniques	152
4.2. Mission-vision appliquée à un service ou à un département	153
CHAPITRE 4.	
PLAN D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN	161
1. INTRODUCTION	161
2. WORKSHOPS	162
2.1. Exigences du contrat « coordination qualité et sécurité des patients » (1 <sup>er</sup> janvier 2011 – 31 décembre 2011)	162
2.2. Workshops	163
3. ENCOURAGEMENT ET LE SOUTIEN DE RÉSEAUX HOSPITALIERS	165
4. COMMUNICATION INTERACTIVE ENTRE L'ÉQUIPE QS ET LES HÔPITAUX	166
5. MISE À LA DISPOSITION D'UNE TRAME POUR LES RAPPORTS	166
6. SITE INTERNET	166
7. SYMPOSIUM « QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PATIENTS »	167
8. SOUTIEN D'UN PROJET SUR LE TRANSFERT DES PATIENTS	168
9. HELPDESK POUR LA TAXONOMIE	169
10. FEEDBACK DES RÉSULTATS ISSUS DES RAPPORTS REMIS PAR LES HÔPITAUX	170
CHAPITRE 5.	
ORIENTATIONS POUR L'AVENIR	171
RELEVÉ DES GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUÉS EN DATE DU 1ER JUIN 2012	177



## **EXECUTIVE SUMMARY**

In order to progressively promote and support quality and patient safety coordination in Belgian hospitals, additional funding was approved under part B4 of the hospitals' financial budget from July 2007. For the contract year 2011 a budget of 7,6 million Euro was involved. In the contract year 2011, 91 % (n=179) of the acute, psychiatric and long-term care hospitals signed a contract and committed themselves to improve quality and patient safety. These actions for improvement are structured in three pillars: a patient safety management system, intramural and transmural processes and indicators. The three pillars are the basis of a long-range plan within 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 contract 2011. 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 authorities.

### **Chapter 1. Patient safety management system**

For the first pillar concerning the safety management system, hospitals were asked to submit five elements:

1. fulfilment of a second patient safety culture measurement at hospital level;
2. further implementation of a notification and learning system for incidents and near-incidents;
3. description of five retrospectively analysed processes/incidents, including specification of the analysis method used, of the target groups to which analysis results were communicated and of the proposed improvement actions, and identification of the persons responsible for the follow-up of improvement actions;
4. classification of the analysed incidents according to the WHO International Classification for Patient Safety (taxonomy) up to the most detailed level;
5. indication of how far the Patient Safety Committee is involved in the coordination of all patient safety initiatives within the institution.

---

## 1. Patient safety culture measurement

Results of the first pillar indicate that 152 out of 177 hospitals (86 %) carried out a **second patient safety culture measurement** with a validated measurement tool in accordance with the methodological specifications. In 95 % (n=144) of the hospitals, culture measurement was also carried out at hospital scale. The participation rate of physicians was lower than that of other hospital staff (median resp. 39,3 % and 62,7 %).

95 % (n=144) of the hospitals made a comparison between the results of the first and second culture measurements.

93 % (n=141) of the hospitals participated in an external benchmark survey.

## 2. Implementation of a notification and learning system

With regard to **implementation of a notification and learning system for (near-) incidents**, all participating hospitals (n=177) appeared to have a notification and learning system for incidents and near-incidents available. In 94 % (n=166) of the hospitals, the system applies to the whole hospital.

Almost half of the hospitals declared to use distinctive notification systems (e.g. for haemovigilance, aggression, falls, radiotherapy, medical imaging and decubitus ulcers).

In 63 % of the hospitals (n=111), an electronic notification was possible.

In 13 % of the hospitals (n=23), the patient also had the opportunity to notify an incident.

94 % of the hospitals (n=166) had partially implemented the minimal dataset of the WHO-taxonomy and 66 % of the hospitals (n=66/100) had implemented the XML-export model.

Between 1 January and 30 June 2011, in total 29.405 **incidents** were reported, of which 36 % (n=7.692) were analysed. 29 % of the incidents reported with severity ratings 3, 4 and 5 were submitted to an analysis (n=1.544). In 91 % of the hospitals (n=152), the incidence of incidents was less than 1 per 100 days of stay (period 1 January - 30 June 2011).

Between 1 January and 30 June 2011, in total 9.045 **near-incidents** were reported, of which 36 % were analysed. In 96 % (n=118) of the hospitals, the incidence of near-incidents was less than 1 per 100 days of stay (period 1 January – 30 June 2011).

### 3. Retrospective analysis methods and taxonomy

PRISMA and RCA, two **retrospective analysis methods** very close to each other, were used in 67 % of the analysed incidents (n=606), even for incidents with severity ratings 'serious' and 'deceased'.

Incidents most frequently submitted to an analysis and for which the largest number of improvement actions were formulated, were in relation with: 'medication/IV liquids' (24 %, n=212), 'care process/procedure' (20 %, n=177), 'staff/patient behaviour' (16 %, n=138) and 'patient accident' (14 %, n=120). 97 % of the analyses that were carried out, involved communication with one or more hospital structures or staff members. Incident analyses in relation with medication involved communication with the pharmacist in 42 % (n=88) of the cases, and in less than 20 % of the cases, communication with the medical and pharmaceutical committee.

In 20 % of the hospitals (n=91), the results of incident analyses being carried out were put at the disposal of all hospital staff members.

9 % (n=82) of the incidents analysed, involved a '**wrong patient**' problem.

In 3 out of 4 incidents submitted to an analysis, **consequences for the institution** were reported. The most frequent ones were 'disturbed workflow or longer delays for the patient' (28 %, n=367) and 'additional treatments or examinations' (21 %, n=278).

For 87 % of all codes (n=1.351) attributed in accordance with the WHO-taxonomy classes, the **code** proved to be **usable** and codification was carried out up to the most detailed level.

### 4. Follow-up of improvement actions

Responsibility for **the follow-up of improvement actions** resulting from a retrospective analysis involved mainly: the chief nurse (22 %, n=187), the quality coordinator or the person in charge of patient safety (17 %, n=145), the Patient Safety Committee (10 %, n=84) and the head of the nursing department (10 %, n=84). Follow-up of improvement actions resulting from an incident analysis involving medication was carried out in 13 % of the cases by the pharmacist (n=28) and in 2 % of the cases by the Medical and Pharmaceutical Committee (n=5).

### 5. Patient Safety Committee

In 88 % of the hospitals (n=154), the **Patient Safety Committee** is in charge of coordinating all patient safety initiatives.

---

In comparison to previous contract years, a **positive evolution** is noticeable in communication on incident analyses. So, in comparison to 2010, a high increase can be noticed in communication on incident analyses with the chief nurse: from 7 % in 2010 to 67 % in 2011; the Patient Safety Committee: from 6 % in 2010 to 61 % in 2011; the head of the nursing department: from 7 % in 2010 to 58 % in 2011; the physicians: from 1 % in 2010 to 46 % in 2011 and the chief physician: from 15 % in 2010 to 38 % in 2011.

## **Chapter 2. Intramural and transmural care processes**

For the second pillar, hospitals were asked, on one hand, to analyse or (re-) develop an existing or new **intramural process** on the basis of a previously provided list and, on the other hand, to make a SWOT-analysis of any chosen **transmural process** on the basis of a 61-item questionnaire.

Only 1 out of the 177 hospitals which handed out a report, did not report on an intramural process, and the SWOT-analysis of a transmural process was carried out by 94 % (n=165) of the hospitals.

### **1. Intramural care processes**

176 **intramural improvement processes** were described, of which 60 % were intramural care processes (n=105), 24 % dealt with intramural transfer, mainly intramural transfer within the same hospital or site (n=42), and 16 % of the improvement processes were initiated as a result of an incident analysis out of pillar 1 (n=29).

60 % of the hospitals (n=106) opted to carry on intramural processes already chosen in 2010.

The most frequently chosen pathologies in **acute hospitals** were: CVA, total knee prosthesis, total hip prosthesis and breast cancer. The intramural improvement processes reported as a result of an incident analysis out of pillar 1 were mainly in relation with medication (n=6), patient identification (n=4) and 'Safe Surgery' (n=4).

80 % of intramural care processes reported by **psychiatric hospitals** (n=37) were linked to strategic priorities of the institution and mainly in relation with

medication (n=10) and metabolic syndrome (n=7). Intramural care processes for aggression were mainly in relation with aggression management.

56 % of intramural care processes reported by **long term care hospitals** were in relation with pathologies involving numerous hospitalisations in 2010 (n=9). 25 % of intramural care processes were initiated as a result of a retrospective incident analysis out of pillar 1.

In 97 % of the improvement processes reported, a **multidisciplinary team** was constituted (n=171).

In 1 out of 5 improvement processes reported, *Service Level Agreements (SLA)* were concluded.

In almost 1 out of 2 improvement processes, the required **10-step plan was carried out** up to the consolidation phase.

For the 176 improvement processes reported, 812 **indicators** were defined, out of which 41 % are process indicators, 35 % outcome indicators and 24 % structure indicators.

73 % (n=593) of the indicators were used for the **follow-up of improvement actions**.

**Target values** were set mostly for structure indicators (63 %), then respectively for process indicators (61 %) and outcome indicators (57 %). 87 % of the indicators were defined with a numerator and a denominator.

In comparison to previous contract years, more hospitals opted for an improvement process based on a retrospective incident analysis out of pillar 1 (from 7 % in 2010 to 16 % in 2011). In 2011, too, it appeared that complete fulfilment of a PDCA cycle, up to the consolidation phase, was difficult to carry out, even within a two-year period. More than in previous years, indicators were used for the follow-up of improvement actions, even though no target values were set for 4 out of 10 indicators defined.

## 2. *Transmural care processes*

To help hospitals with the analysis of their transmural care processes, a questionnaire was set up, based on 61 quality components as described in literature.

---

Those 61 items were then operationally expressed (taking into account the Belgian context) and classified according to the 6 dimensions of the Chronic Care Model (CCM):

- 1) health system;
- 2) community;
- 3) delivery system design;
- 4) decision support;
- 5) self-management;
- 6) clinical information systems.

66 % of **transmural care processes** were in relation with transmural care between hospitals and the first line, 12 % between different hospitals, 10 % between the hospital and specialised care centres, 9 % between the hospital and rest and nursing homes (RNH), and 3 % 'others'.

165 hospitals selected 38 different patient populations, among which 'psychiatric and geriatric patients' were most often selected as target population.

The objectives when implementing a transmural care process were very diverse and described as: 'promoting quality and safety of care' (45 %), 'promoting communication and cooperation between the first and second line, between hospitals themselves or with RNH and specialised care centres' (35 %) and 'improving coordination and continuity of care processes' (20 %).

Managers of acute hospitals (42 %) were most frequently quoted as **initiators** of transmural care processes, followed by medical specialists (10 %). 93 % of participating hospitals consider support by hospital managers for transmural care processes as positive.

**Intramural partners** most frequently involved in transmural care processes were specialists (45 %), nursing staff (45 %) and social department (31 %). Hospital discharge managers were notably little involved in transmural care processes (3 %), as well as hospital pharmacists (1 %).

**Extramural partners** most frequently involved in transmural care processes were managers of housing and nursing homes (41 %), general practitioners (35 %) and psychiatric centres (28 %). Partners who were notably little involved are patients and family (6 %) and managers of home care organisations (4 %).

**Dimensions of the Chronic Care Model (CCM)** where items most frequently scored negatively, were 'clinical information systems' (45 % negatively scored

items), ‘support to care providers’ (35% negatively scored items) and ‘organisation details’ (28 % negatively scored items).

Quality items with the most important **improvement potential** were:

- funding and legal aspects of the care process (dimension ‘health system’);
- cooperation with local pharmacists (dimension ‘community’);
- patients’ involvement in the development of transmural care process (dimension ‘delivery system design’);
- availability of an evidence-based treatment protocol (dimension ‘decision support’);
- cooperation with patients’ organisations and volunteers (dimension ‘self-management’);
- availability of an ICT support tool for promoting transmural care (dimension ‘clinical information systems’).

### Chapter 3. Indicators

For the third pillar in relation with indicators, hospitals were asked to:

1. critically analyse the care processes for which clinical indicators showed significant divergent values in a positive (+++ indicators) or negative way (--- indicators), in cooperation with the head of the concerned department and the chief physician;
2. draw up a mission and vision on quality and patient safety at the specific department or unit level;
  - set **S**pecific, **M**easurable, **A**cceptable, **R**ealistic and **T**ime-bound (SMART) objectives, linked to the mission and vision of the selected department or unit;
  - define structure, process and outcome indicators linked to the SMART objectives set;
  - set target values.

#### 1. Critical outcome analysis based on clinical indicators

In total, 55 hospitals (out of 104) mentioned indicators showing **significant divergent values in a positive way**. 49 hospitals wrote a report about this. The indicator ‘laparotomic cholecystectomy’ was for most hospitals (n=28) a +++ indicator.

Fifteen hospitals said they had no explanation for this, 34 hospitals put forward divergent explanations. Four hospitals attributed the favourable out-

---

come to a multidisciplinary approach or cooperation and one hospital mentioned cooperation with treating physicians.

In 20 hospitals (out of 49), +++ indicators were submitted to a follow-up by the hospital generally once a year.

In all hospitals, +++ indicators ‘caesarian section’ and ‘mortality after congestive cardiac failure’ were submitted to systematic follow-up; this was less systematic for the remaining five indicators. In 10 out of 49 hospitals, there was no follow-up at all.

In total, 50 hospitals (out of 104) mentioned indicators showing **significant divergent values in a negative way**. 44 hospitals wrote a report about this. The indicator ‘laparotomic cholecystectomy’ was for most hospitals (n=12) a --- indicator.

In 14 hospitals (out of 44), --- indicators were submitted to a follow-up once a year.

The indicators ‘caesarian section’ and ‘mortality after acute stroke’ were submitted to a follow-up in all hospitals; for the remaining five indicators, there was absolutely no follow-up in 11 hospitals.

In hospitals reporting --- indicators (n=50) as well as in hospitals reporting +++ indicators (n=55), the head of the concerned department or unit was consulted less often than the chief physician or the responsible for the minimum clinical data.

The most frequently mentioned **improvement actions** resulting from the analysis of the concerned care processes were ‘drawing up guidelines or recommendations’ (n=21) and ‘introduction of an indicator at unit or hospital level subject to internal follow-up’ (n=19).

## **2. Mission and vision on quality and patient safety at unit or department level**

75 out of 176 hospitals opted for a ‘classical’ stay unit, including psychiatric, intensive care, emergency and ‘mother-and-child’ units. Twenty-one hospitals found that the mission and vision defined for the hospital as a whole, were automatically supported by the concerned department or unit.

The department or unit for which a mission and a vision had been set out, were in most cases chosen by the ‘management’ in the broadest sense of the

term (general management, medical management and nursing management).

'Quality of care', 'patient safety' and 'patient orientation' are important **components** of the mission and vision, and this as well for acute and psychiatric hospitals as for long term care hospitals. In comparison to acute and long term care hospitals, the component 'networking' was prominently present in the mission and vision of psychiatric hospitals. The component 'patient empowerment' appeared in the mission or vision of 17 hospitals.

In total, 726 operational **objectives** were set, of which 75 % (n=525) can be considered as SMART.

For the objectives set, 1.643 **indicators** in total were defined, among which 29 % were structure indicators (n=471), 43 % process indicators (n=710) and 28 % outcome indicators (n=28%). For 7 out of 10 indicators, a target value was also set and 8 out of 10 were used for monitoring improvement actions.

The link between mission and vision, on one hand, and operational objectives and indicators, on the other hand, is often vague.

## **Chapter 4. Support plan**

Every year the FPS Health organises supportive and guidance activities in the framework of the three pillars of the contract 'quality and patient safety coordination' and these always combine theoretical insights and practical applications. During the fourth contract year, the focus was on workshops on the measurement of patient safety culture and extramural care. Besides, a symposium on 'Quality and Patient safety' was organised in 2011.

Hospital networks in the regions remained active, each with their own dynamic.

In the fourth chapter, comments are given on guidance and supportive activities which took place between September 2011 and mid-2012.

## **Chapter 5. Future orientations**

In a fifth and final chapter, orientations for the future are pointed out until 2017, focussing on the contents of the second five-year plan until 2017. The four main stones for an outstanding hospital policy: customer friendliness, in-

---

novation, entrepreneurship, cooperation and/or networking are maintained as a guideline and operationally expressed in generic and specific topics.

Generic topics are similar for all types of hospitals and deal with safety management, leadership, communication as well as patient and family empowerment. Specific topics deal with high-risk medication, 'Safe Surgery'<sup>1</sup>, identity vigilance or deprivation of liberty measures<sup>2</sup> and transmural care.

---

1 Only for acute hospitals.

2 Only for psychiatric hospitals.

## 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 2011, le budget portait sur un montant de 7,6 millions d'euros. Toujours pour l'année de contrat 2011, 91 % (n=179) 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 transmuraux 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 2011. Un quatrième chapitre traite du plan de soutien proposé aux hôpitaux dans le cadre de la mise en œuvre du contrat. Le dernier chapitre dépeint 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 du patient**

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

1. effectuer une deuxième mesure de la culture de sécurité des patients sur l'ensemble de l'hôpital;
2. poursuivre la mise en place d'un système de notification et d'apprentissage pour les incidents et presque incidents;
3. décrire cinq processus/incidents ayant fait l'objet d'une analyse rétrospective, ainsi qu'expliquer la méthode d'analyse utilisée, les groupes cibles auxquels les résultats des analyses ont été communiqués et citer les responsables du suivi des actions d'amélioration;
4. classer les incidents analysés selon la '*International Classification for Patient Safety*' (taxonomie) de l'OMS jusqu'au niveau le plus détaillé possible;
5. indiquer dans quelle mesure le comité sécurité des patients est responsable de la coordination de toutes les initiatives en matière de sécurité des patients au sein de l'établissement.

---

## 1. *Mesure de la culture de sécurité des patients*

Les résultats du premier pilier indiquent que 152 hôpitaux sur 177 (86 %) ont effectué **une deuxième mesure de la culture de sécurité** avec un outil de mesure validé et en accord avec les directives méthodologiques. Dans 95 % (n=144) des hôpitaux, l'évaluation de la culture a été effectuée au niveau de l'ensemble de l'hôpital.

Le taux de participation des médecins à cette mesure a été moins élevé que celui des collaborateurs de l'hôpital (respectivement 39,3 % et 62,7 %).

95 % (n=144) des hôpitaux ont comparé les résultats entre la première et la deuxième mesure de la culture de sécurité.

93 % (n=141) des hôpitaux ont participé à une analyse comparative externe.

## 2. *La mise en place d'un système de notification et d'apprentissage*

Tous les hôpitaux (n=177) disposent d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et des presque incidents. Dans 94 % (n=166) des hôpitaux, ce système est étendu à l'ensemble de l'hôpital.

Dans 63 % des hôpitaux (n=111), cette notification peut se faire par voie électronique.

Dans 13 % des hôpitaux, il existe un formulaire (papier ou électronique) destiné aux patients pour la notification des (presque) incidents.

Près de la moitié des hôpitaux ont déclaré utiliser un système de notification et d'apprentissage distinct (p. ex. pour l'hémovigilance, les agressions, les chutes, la radiothérapie, l'imagerie médicale et les escarres).

94 % des hôpitaux (n=166) ont partiellement intégré le minimal dataset d'encodage des données et dans 66 hôpitaux sur les 100 qui ont répondu à la question, le modèle d'exportation XML est intégré.

Au total, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2011, 29.405 **incidents** ont été rapportés. Dans plus d'1 hôpital sur 4, aucun incident ayant un degré de sévérité de 3, 4 et 5 n'a été analysé et dans 4 hôpitaux sur 10, les incidents ayant mené au décès du patient et qui auraient pu être évités n'ont pas tous été analysés.

Au total, entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2011, **9.045 presque incidents** ont été rapportés. 36 % d'entre eux ont été analysés.

### 3. Méthode d'analyse rétrospective et taxonomie

PRISMA et ACR, deux **méthodes d'analyse rétrospective** très proches l'une de l'autre, ont été utilisées dans 67 % des incidents analysés (n=606), en ce compris les incidents ayant un degré de sévérité « grave » et « décès ».

Les incidents les plus régulièrement rapportés et pour lesquels le plus grand nombre d'actions d'amélioration ont été formulées concernent les thèmes : médication / liquides IV (24 %, n=212), processus / procédure de soins (20 %, n=177), comportement du personnel / patient (16 %, n=138) et accident du patient (14 %, n=120).

97 % des analyses effectuées et rapportées ont donné lieu à une communication avec une ou plusieurs structures ou collaborateurs hospitaliers. En ce qui concerne les analyses d'incidents rapportées relatives à la médication, elles ont donné lieu à une communication avec le pharmacien dans 42 % des cas (n=88) et avec le comité médico-pharmaceutique dans moins de 20 % des cas (n=37). Dans 20 % des hôpitaux (n=91), les résultats des analyses d'incidents effectuées et rapportées au SPF Santé publique ont été mis à la disposition de tous les collaborateurs de l'hôpital.

9 % des codes « type d'incident » ont trait à la sous-catégorie « patient erroné ».

Dans 3 incidents sur 4 analysés rapportés au SPF Santé publique, il y a eu des **conséquences pour l'institution**. Cela concerne principalement la « perturbation du flux de travail ou retard pour d'autres patients » (28 %, n=367) et les « traitements ou examens supplémentaires » (21 %, n=278).

Le codage de l'événement indésirable a été effectué jusqu'au niveau le plus détaillé pour 87 % des codes attribués par la taxonomie de l'OMS (n=1.351).

### 4. Suivi des actions d'amélioration

La responsabilité du suivi des actions d'amélioration après analyse rétrospective a principalement concerné : l'infirmier en chef (cadre moyen) (22 %, n=187), le coordinateur qualité et/ou sécurité des patients (17 %, n=145), le comité sécurité des patients (10 %, n=84) et le chef du département infirmier (10 %, n=84).

Les actions d'amélioration découlant d'une analyse d'incident concernant la médication ont été suivies par le pharmacien (n=28) et dans 2 % des cas par le comité médico-pharmaceutique.

---

## 5. Comité sécurité des patients

Dans 88 % des hôpitaux (n=154), le comité sécurité des patients est chargé de la coordination de l'ensemble des initiatives en matière de sécurité des patients.

Les constatations les plus frappantes qui ressortent de la comparaison des trois années de contrat précédentes concernent les groupes cibles avec lesquels il a été communiqué dans le cadre d'une analyse d'incident. Comparativement à 2010, on a noté une forte augmentation de la plupart des groupes cibles : l'infirmier en chef (de 7 % en 2010 à 67 % en 2011), le comité sécurité des patients (de 6 % en 2010 à 61 % en 2011), le chef du département infirmier (de 7 % en 2010 à 58 % en 2011), les médecins (de 1 % en 2010 à 46 % en 2011) et le médecin en chef (de 15 % en 2010 à 38 % en 2011).

## Chapitre 2. Processus de soins intra-muros et de soins transmuraux

En ce qui concerne le pilier 2 (processus d'amélioration intra-muros), les hôpitaux devaient évaluer et analyser leur propre fonctionnement au moyen d'un processus intra-muros (existant ou nouveau) au choix dans une liste préalablement établie ET, d'autre part, effectuer une analyse SWOT d'un **processus transmural** au choix sur la base d'un questionnaire composé de 61 items.

Parmi les 177 hôpitaux qui ont introduit un rapport, 176 processus d'amélioration intra-muros sont décrits, et 165 des hôpitaux ont effectué une analyse SWOT d'un processus de soins transmural.

### 1. Processus intra-muros

Parmi les 176 processus d'amélioration décrits, 60 % sont des processus de soins intra-muros (n=105), 24 % ont trait au transfert des patients (intra-muros ou sur un même site) (n=42) et 16 % sont des processus d'amélioration qui ont été mis en place suite à une analyse d'incident du pilier 1 (n=29).

60 % des hôpitaux (n=106) ont choisi de poursuivre avec le processus intra-muros entamé en 2010.

Les pathologies les plus fréquemment sélectionnées dans les **hôpitaux aigus** sont l'AVC, la prothèse totale de genou, la prothèse totale de la hanche et le carcinome mammaire. Les processus d'amélioration présentés dans le cadre

d'une analyse d'incident du pilier 1 concernant surtout la médication (n=6), l'identification des patients (n=4) et la « Safe Surgery » (n=4).

Les **hôpitaux psychiatriques** ont, en majorité, sélectionné des processus de soins intra-muros concernant des priorités stratégiques des établissements (80 %). Ceux-ci concernent principalement la médication (n=10) et le syndrome métabolique (n=7). Les processus de soins intra-muros relatifs aux agressions concernent principalement la réaction aux agressions et leur gestion.

Les **hôpitaux Sp** ont choisi, dans 56 % des cas (n=9), des processus de soins intra-muros qui concernent des pathologies pour lesquelles un nombre élevé d'admissions a été réalisé en 2010.

25 % des processus de soins intra-muros ont été initiés dans le cadre d'une analyse rétrospective d'incident du pilier 1.

60 % des hôpitaux ont choisi de poursuivre le processus intra-muros entamé en 2010.

Les nouveaux processus d'amélioration présentés en 2011 ont donné lieu à la constitution d'une **équipe multidisciplinaire**. En 2010, seulement trois hôpitaux ne l'avaient pas fait.

Les hôpitaux aigus ont conclu plus de conventions de type **Service Level Agreements (SLA)** pour les processus d'amélioration présentés en 2011. En comparaison, les hôpitaux psychiatriques et Sp ont moins développé ce type de conventions pour l'année 2011.

Presque 6 processus de soins intra-muros sur 10 (58 %, n=62) présentés en 2010 ont atteint la phase de **pérennisation**, contre seulement 30 % (n=21) pour les nouveaux processus de soins intra-muros en 2011.

Sur une durée de deux ans, 20 % des processus d'amélioration pour les transferts intra-muros et 25 % des processus d'amélioration découlant d'un incident analysé n'ont pas atteint la phase de pérennisation.

Sur les 176 processus d'amélioration présentés, 812 **indicateurs** ont été formulés : 41 % de processus, 35 % de résultat et 24 % de structure.

73 % (n=593) des indicateurs ont été utilisés pour le **suivi des actions d'amélioration**.

Le plus grand nombre de **valeurs cibles** concernent des indicateurs de structure (63 %), des indicateurs de processus (61 %) et de résultat (57 %).

---

87 % des indicateurs ont été formulés avec un numérateur et un dénominateur.

Par rapport aux années de contrat antérieures, un plus grand nombre d'hôpitaux a choisi un processus d'amélioration sur la base d'une analyse rétrospective d'incident du pilier 1 (de 7 % en 2010 à 16 % en 2011). On a également constaté en 2011 que l'accomplissement complet du cycle PDCA, phase de pérennité incluse, était difficilement réalisable, même dans un délai de deux ans. Les indicateurs sont, plus que les années précédentes, utilisés pour le suivi des actions d'amélioration bien qu'aucune valeur cible n'ait été fixée pour 4 indicateurs formulés sur 10.

## 2. **Processus de soins transmuraux**

Un questionnaire a été développé pour soutenir les hôpitaux dans l'analyse du projet de soins transmuraux choisi. Ce questionnaire a été développé à partir d'études de la littérature sur les composants qualité des soins transmuraux et comprend 61 items qualité liés à des soins transmuraux de haute qualité. Ces 61 items ont ensuite été opérationnalisés en tenant compte du contexte belge et répartis en fonction des dimensions du Chronic Care Model (CCM) :

1. système de santé (*health system*) ;
2. implication des soins communautaires (*community*) ;
3. reconfigurer l'organisation des soins (*delivery system design*) ;
4. outils de soutien pour les professionnels de soins (*decision support*) ;
5. soutien des patients et des familles vers une auto-gestion (*self-management*) ;
6. systèmes d'information (*clinical information systems*).

66 % des **processus de soins transmuraux** concernent des soins transmuraux entre l'hôpital et la première ligne, 12 % entre différents hôpitaux, 10 % entre l'hôpital et des centres de soins spécialisés, 9 % entre l'hôpital et des maisons de repos et de soins et 3 % concernent une « autre » combinaison.

38 **populations de patients** ont été sélectionnées par 165 hôpitaux. Les patients psychiatriques et gériatriques ont été les populations cibles les plus sélectionnées.

Les **objectifs** poursuivis par les hôpitaux dans la mise sur pied de leur projet de soins transmuraux sont divers et sont décrits comme favorisant la qualité et la sécurité des soins (45 %), la communication et la collaboration entre la première et la deuxième ligne, les MRS, les hôpitaux entre eux ou le centre spécialisé (35 %) et l'amélioration de la coordination et de la continuité du processus de soins (20 %).

Les directions des hôpitaux aigus (42 %) sont les plus citées en tant qu'**instigatrices** des projets de soins transmuraux, elles sont suivies par les médecins spécialistes (10 %). 93 % des hôpitaux participant estiment que le soutien des projets de soins transmuraux par la direction de l'hôpital est un point positif.

Les **partenaires intra-muros** les plus souvent impliqués dans les projets transmuraux sont les spécialistes (45 %), les infirmiers (45 %) et le service social (31 %). Le responsable des sorties de l'hôpital est étonnamment peu impliqué dans les projets transmuraux (3 %). Il en va de même du pharmacien hospitalier (1 %).

Les **partenaires transmuraux** les plus souvent impliqués dans les projets transmuraux sont les directions des centres d'hébergement et de soins (41 %), les médecins généralistes (35 %) et les centres psychiatriques (28 %). Les partenaires étonnamment peu impliqués sont les patients et leurs familles (6 %) ainsi que les directions des organisations de soins à domicile (4 %).

Les **dimensions du *Chronic Care Model*** (CCM) dans lequel les items les plus souvent évalués négativement sont « système d'information » (45 % d'items évalués négativement), « outils de soutien pour les professionnels de soins » (35 % d'items évalués négativement) et « reconfigurer l'organisation des soins » (28 % d'items évalués négativement).

Les items de qualité montrant le plus grand **potentiel d'amélioration** étaient :

- le financement et les aspects juridiques du processus de soins (dimension « système de santé ») ;
- la collaboration avec les pharmaciens locaux (dimension « implication des soins communautaires ») ;
- l'implication des patients dans le développement du projet (dimension « reconfigurer l'organisation des soins ») ;
- la disponibilité d'un protocole de traitement scientifiquement fondé (dimension « outils de soutien pour les professionnels de soins ») ;
- la collaboration avec les organisations de patients et les aidants proches (dimension « soutien des patients et des familles vers une auto-gestion ») ;
- la disponibilité d'un instrument de support TIC pour promouvoir les soins transmuraux (dimension « systèmes d'informations »).

---

## Chapitre 3. Indicateurs

Pour le troisième pilier relatif aux indicateurs, il a été demandé aux hôpitaux :

1. d'analyser de manière critique les processus de soins pour lesquels les indicateurs cliniques ont présenté un écart significatif de valeur dans le sens positif (indicateurs +++ ) ou négatif (indicateurs ---), en collaboration avec le chef du service concerné et le médecin en chef ;
2. de formuler une mission et une vision appliquées à un service en matière de qualité et de sécurité des patients ;
  - de fixer des objectifs SMART (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes, Temporels) en rapport avec la mission et la vision de la section ou du service choisi ;
  - de définir des indicateurs de structure, de processus et de résultat en rapport avec les objectifs SMART formulés ;
  - de fixer des valeurs cibles.

### 1. Analyse critique des résultats des indicateurs cliniques

Au total, 55 hôpitaux (sur 104) ont signalé que certains indicateurs étaient déviants de manière positive. 49 hôpitaux les ont déclarés.

L'indicateur « cholécystectomie laparotomique » était l'indicateur qui déviait de manière positive pour le plus grand nombre d'hôpitaux (n=28).

15 hôpitaux sur 49 n'expliquent pas leur « bon résultat ». Les autres invoquent des explications diverses. Notons que quatre hôpitaux seulement expliquent leurs résultats favorables par une approche ou une collaboration pluridisciplinaire, et un seul sur les quatre y inclut la collaboration avec les médecins traitants.

Dans 20 hôpitaux (sur 49), les indicateurs +++ sont monitorés par l'hôpital, généralement une fois par an.

Les indicateurs « taux de césariennes » et « taux de létalité après insuffisance cardiaque congestive » sont systématiquement monitorés dans tous les hôpitaux, la surveillance est plus variable pour les cinq autres indicateurs. Dans 10 cas sur 49, aucun monitoring n'est réalisé.

Au total, 50 hôpitaux (sur 104) ont précisé que certains indicateurs sont déviants de manière négative. 44 hôpitaux ont complété le rapport.

L'indicateur « taux de cholécystectomie laparotomique » était l'indicateur --- le plus fréquent (n=12).

Un monitoring est instauré chez 75% des hôpitaux à indicateurs --- (33 sur 44), généralement une fois par an (n=14).

Il y a toujours un monitoring pour l'indicateur « taux de césariennes » et pour l'indicateur « létalité après accident vasculaire cérébral aigu » mais pour les cinq autres indicateurs (n=11), il n'y a parfois pas de monitoring.

Que ce soit dans les hôpitaux avec des indicateurs --- (n=50) ou dans les hôpitaux avec des indicateurs +++ (n=55), le chef du service concerné a été moins souvent consulté que le médecin en chef ou le responsable du résumé hospitalier minimum.

Les **actions d'amélioration** les plus fréquemment mentionnées résultant de l'analyse des processus de soins en question étaient l'élaboration de directives ou de recommandations (n=21) et l'introduction d'indicateurs suivis en interne (n=19).

## 2. **Mission-vision en matière de qualité et de sécurité des patients appliquée à un service ou à un département**

75 hôpitaux sur 176 choisissent un service d'hospitalisation « classique », y compris psychiatrique, soins intensifs et d'urgence, et services « mère-enfant ». Vingt et un hôpitaux considèrent que leur vision et mission exprimées à hauteur de tout l'hôpital sont adoptées comme telles par les services.

Ce sont les directions au sens large (générale, médicale et infirmière) qui ont choisi le service, avec un rôle important du coordinateur qualité.

« Qualité des soins », « sécurité des patients » et « orientation patient » sont trois **éléments importants de la mission et de la vision**, à la fois pour les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp. Les hôpitaux psychiatriques se démarquent par l'importance attachée à la valeur « réseaux ». Le respect de l'autonomie du patient (patient empowerment) n'est évoqué que 17 fois dans la mission ou la vision.

Au total, 726 objectifs opérationnels sont décrits, parmi lesquels 525 sont déclarés « SMART » (75%).

Au total, 1.643 **indicateurs** ont été formulés pour ces 726 objectifs, dont 29% étaient des indicateurs de structure (n=471), 43% des indicateurs de processus (n=710) et 28% des indicateurs de résultat (n=28%). 7 sur 10 ont une valeur cible, 8 sur 10 font l'objet d'un suivi.

---

Le lien entre mission et vision, d'une part, objectifs opérationnels et indicateurs d'autre part, est souvent flou et mérite un nouvel effort pédagogique dans les années à venir.

## **Chapitre 4. Plan de soutien et d'accompagnement**

Le SPF Santé publique organise chaque année des activités de soutien et d'accompagnement dans le cadre des trois piliers du contrat « coordination qualité et sécurité des patients ». Elles tentent de combiner connaissances théoriques et applications pratiques.

Les workshops proposés au cours de la quatrième année de contrat (2011) ont mis l'accent sur la mesure de la culture et les soins transmuraux. En 2011, un symposium 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.

Ce chapitre présente également les activités qui ont été organisées de septembre 2011 à juin 2012.

## **Chapitre 5. Orientations pour l'avenir**

Ce cinquième et dernier chapitre traite des orientations pour l'avenir jusqu'en 2017, l'accent étant mis sur le contenu du deuxième plan pluriannuel 2013-2017. Les notions d'innovation, d'esprit d'entreprise, d'orientation client et de collaboration et/ou de travail en réseau restent le fil conducteur du deuxième plan pluriannuel. Cependant, leur opérationnalisation est renforcée par l'utilisation de thèmes génériques et spécifiques.

Les thèmes génériques sont les mêmes pour tous les types d'hôpitaux et concernent : le système de gestion de la sécurité, le leadership, la communication et l'empowerment du patient et sa famille. Les thèmes spécifiques sont définis en fonction du type d'hôpital et concernent : les médicaments à haut risque, la « Safe Surgery »<sup>3</sup>, l'identitovigilance OU la privation de liberté<sup>4</sup> et les soins transmuraux.

---

3 Seulement pour les hôpitaux aigus.

4 Seulement pour les hôpitaux psychiatriques.

## PRÉFACE

Le présent rapport *Qualité et Sécurité des patients dans les hôpitaux belges 2011* est le quatrième rapport rédigé dans le cadre des contrats « coordination qualité et sécurité des patients ».

Ces quatre dernières années, les hôpitaux ont beaucoup avancé sur le chemin de la qualité et de la sécurité des patients. La sensibilisation collective et croissante au sein de l'hôpital est un des résultats importants qui ressort de ces quatre premières années de contrat. Cette sensibilisation forme le socle indispensable pour la mise en œuvre des initiatives d'amélioration nécessaires. Elle permet également de mettre en œuvre des facettes de plus en plus complexes de la qualité et de la sécurité des patients et de les évaluer. Les résultats que présente ce rapport nous apprennent néanmoins que nous ne pouvons pas nous reposer sur nos lauriers. Dès lors, le « leadership » constituera plus que jamais une condition *sine qua non* pour assurer, d'une part, la pérennisation des résultats déjà atteints et pour relever, d'autre part, les défis existants et ceux encore à venir. C'est pourquoi le « leadership » prendra une place importante dans les contrats à venir.

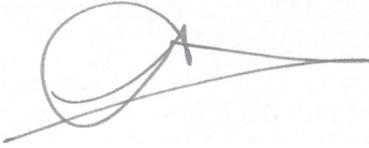
Après quatre ans, nous observons plusieurs tendances. L'implémentation et la consolidation du système de gestion de la sécurité doivent se poursuivre et l'accent doit être mis sur l'analyse proactive des risques. Par ailleurs, beaucoup d'hôpitaux ont encore un bon bout de chemin à parcourir en ce qui concerne le management des processus et plus spécifiquement des processus de soins transmuraux, un nouveau thème clé dans le contrat qualité et sécurité des patients. Nous constatons également que le suivi des indicateurs pour les actions d'améliorations peut encore être amélioré.

C'est donc sur base de ces constatations et des développements actuels dans le secteur de la santé, que la conception d'un deuxième plan pluriannuel (2013-2017) a été entamée.

---

La qualité et la sécurité des patients sont des processus continus, sans fin précise. Via les contrats « coordination qualité et sécurité des patients », nous continuerons à y travailler, ensemble avec les hôpitaux.

Bonne lecture!

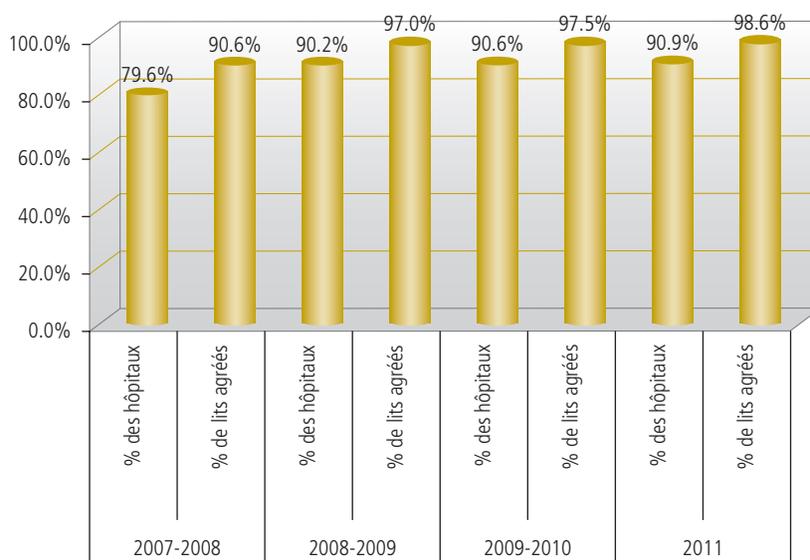
A handwritten signature in black ink, consisting of a large, loopy initial 'C' followed by a series of connected strokes that form the name 'Decoster'.

Christiaan Decoster  
Directeur général Soins de santé

## INTRODUCTION

Suite à l'avis du Conseil National des Établissements Hospitaliers (CNEH) en 2006 concernant le financement de la qualité dans les hôpitaux, des contrats annuels de coordination qualité et sécurité des patients sont proposés aux hôpitaux. Les hôpitaux peuvent y participer sur une base volontaire. Un budget est attribué à chaque hôpital participant sur la base du nombre de lits agréés. Les petits établissements – jusqu'à 100 lits agréés – perçoivent un montant de 10.000 euros. Pour l'année de contrat 2011, le budget consacré à ce projet est de 7,6 millions d'euros. Le taux de participation des hôpitaux a augmenté pour la quatrième année consécutive atteignant les 90,9 %. La participation en fonction du nombre de lits agréés a également augmenté, atteignant les 98,6 % (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 du patient (2007-2012) et reposent sur trois piliers: structure, processus et

---

résultats (cf. la triade de Donabedian). Le plan pluriannuel a été développé pour donner une image plus claire des finalités visées à long terme aussi bien pour les hôpitaux que pour l'autorité fédérale.

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

Le premier pilier concerne le développement d'un système de gestion de la sécurité (SGS), le deuxième pilier, le processus de soins intra-muros et trans-muraux 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 quatrième année de contrat (2011) à ceux des trois années précédentes. Le chapitre 4 donne un aperçu général des activités mises en place par le SPF Santé publique 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 trois premières années de contrat (2008, 2009 et 2010). Ce chapitre fait également des liens avec un deuxième plan pluriannuel (2013-2017).

## CHAPITRE 1.

# PILIER 1 : SYSTÈME DE GESTION DE LA SÉCURITÉ DU PATIENT

### Conclusions clés

177 hôpitaux sur 179 ont présenté un rapport. Les conclusions clés reprises ci-dessous concernent 177 hôpitaux.

86 % des hôpitaux ont effectué une **deuxième mesure de la culture de sécurité** avec un outil de mesure validé et en accord avec les directives méthodologiques. Dans 95 % de ces hôpitaux, la mesure de la culture a été effectuée au niveau de l'ensemble de l'hôpital.

Le **taux de participation** des médecins à cette mesure a été moins élevé que celui des collaborateurs de l'hôpital (respectivement 39,3 % et 62,7 %).

Le **taux de réponse** varie davantage chez les médecins que chez les collaborateurs de l'hôpital et fluctue en fonction du type d'hôpital et de la région.

Les **résultats** de la deuxième mesure de la culture de sécurité ont été **présentés** à différents groupes cibles (comité de direction et comité de sécurité des patients (94 %), le département infirmier et paramédical (88 %), les médecins et le conseil médical (69 %) ainsi qu'au conseil d'administration (54 %).

95 % des hôpitaux ont **comparé les résultats** entre la première et la deuxième mesure de la culture de sécurité.

93 % des hôpitaux ont participé à une **analyse comparative externe**.

Tous les hôpitaux disposent d'un **système de notification et d'apprentissage des incidents et des presque incidents**. Dans 94 % des hôpitaux, ce système est étendu à l'ensemble de l'hôpital.

---

Près de la moitié des hôpitaux ont déclaré utiliser un **système** de notification et d'apprentissage **distinct** pour l'hémovigilance, les agressions, les chutes, la radiothérapie, l'imagerie médicale et « autres » (p. ex. les escarres).

Dans 13 % des hôpitaux, il existe un formulaire (papier ou électronique) destiné aux **patients** pour la notification des (presque) incidents.

Dans 63 % des hôpitaux, cette notification peut se faire par voie **électronique**.

94 % des hôpitaux ont partiellement intégré le **minimal dataset** d'encodage des données.

66 % des hôpitaux, qui ont répondu à la question, ont intégré le **modèle d'exportation XML**.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2011, 29.405 **incidents** ont été rapportés.

Plus d'1 hôpital sur 4 n'a **analysé aucun incident** ayant un degré de sévérité de 3, 4 et 5.

4 hôpitaux sur 10 n'ont pas analysé tous les incidents ayant mené au **décès** du patient et qui auraient pu être évités.

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2011, 9.045 **presque incidents** ont été rapportés. 36 % d'entre eux ont été analysés.

La méthode d'analyse la plus utilisée est la méthode **PRISMA** (51 %) même pour l'analyse des incidents graves.

Les incidents notifiés les plus fréquemment analysés et pour lesquels le plus grand nombre d'**actions d'amélioration** ont été formulées concernent les thèmes : médication / liquides IV (24 %, n=212), processus / procédure de soins (20 %, n=177), comportement du personnel / patient (16 %, n=138) et accident du patient (14 %, n=120).

97 % des analyses d'incidents notifiés ont donné lieu à une **communication** avec une ou plusieurs structures ou collaborateurs hospitaliers. En ce qui concerne les analyses d'incident notifiés relatives à la médication, elles ont donné lieu à une communication avec le pharmacien dans 42 % des cas et avec le comité médico-pharmaceutique dans moins de 20 % des cas.

Dans 20 % des hôpitaux, les **résultats des analyses d'incidents** notifiés ont été mis à la disposition de tous les collaborateurs de l'hôpital.

La responsabilité du **suivi des actions d'amélioration** après analyse rétrospective a principalement concerné : l'infirmier en chef (22 %), le coordinateur qualité ou le collaborateur chargé de la sécurité des patients (17 %), le comité sécurité du patient (10 %) et le chef du département infirmier (10 %). Dans 13 % des cas, les actions d'amélioration, découlant d'une analyse d'incident concernant la médication, ont été suivies par le pharmacien et dans 2 % des cas par le comité médico-pharmaceutique.

9 % des codes « type d'incident » avaient trait à la sous-catégorie « **patient erroné** ».

3 incidents analysés sur 4 ont eu des **conséquences pour l'institution**. Cela concerne principalement la « perturbation du flux de travail » ou « retard pour d'autres patients » (28 %) et les « traitements ou examens supplémentaires » (21 %).

Le **codage** de l'événement indésirable a été effectué jusqu'au niveau le plus détaillé pour 87 % des codes attribués par la taxonomie de l'OMS.

Dans 88 % des hôpitaux, le **comité sécurité des patients** est chargé de la coordination de l'ensemble des initiatives en matière de sécurité des patients.

Les constatations les plus frappantes qui ressortent de la **comparaison** des trois années de contrat précédentes sont : l'utilisation de méthodes spécifiques pour l'analyse rétrospective des incidents : de 31 % en 2008 à 100 % des hôpitaux en 2010 et en 2011 ; les groupes cibles avec lesquels il a été communiqué dans le cadre d'une analyse d'incident. Comparativement à 2010, on a noté une forte augmentation de la plupart des groupes cibles : infirmier en chef : de 7 % en 2010 à 67 % en 2011 ; comité sécurité des patients : de 6 % en 2010 à 61 % en 2011 ; chef du département infirmier : de 7 % en 2010 à 58 % en 2011 ; médecins : de 1 % en 2010 à 46 % en 2011 ; médecin en chef : de 15 % en 2010 à 38 % en 2011.

## 1. INTRODUCTION

Idéalement, 12 éléments clés devraient faire partie d'un système de gestion de la sécurité, qui vont du leadership et de l'implication de la direction au suivi systématique d'indicateurs de sécurité des patients définis de façon univoque (tableau 1). Les hôpitaux soucieux de développer et d'implémenter un système de gestion de la sécurité des patients doivent donc prévoir systématiquement ces 12 éléments. Dans le plan pluriannuel du SPF Santé publique 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 questionnés avec référence à l'année de contrat concernée**

1. élaboration d'un plan de sécurité des patients (année de contrat 2)				
2. leadership et implication de la direction et du management (années de contrat 4 et 5, 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. inventorisations prospectives des risques (année de contrat 5)				
8. suivi systématique par le biais d'indicateurs (de 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 et 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
2008*	2009**	2010***	2011	2012

\* 2008 concerne l'année de contrat 2007-2008

\*\* 2009 concerne l'année de contrat 2008-2009

\*\*\* 2010 concerne l'année de contrat 2009-2010

## 2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre du contrat 2011 les hôpitaux devaient :

- effectuer une deuxième mesure de la culture de sécurité des patients sur l'ensemble de l'hôpital;

- poursuivre la mise en place d'un système de notification et d'apprentissage pour les incidents et presque incidents ;
- décrire cinq processus/incidents ayant fait l'objet d'une analyse rétrospective, expliquer la méthode d'analyse utilisée, les groupes cibles auxquels les résultats des analyses ont été communiqués et citer les responsables du suivi des actions d'amélioration proposées ;
- classer les incidents analysés selon la Classification internationale pour la Sécurité des Patients (taxonomie) de l'OMS jusqu'au niveau le plus détaillé ;
- indiquer dans quelle mesure le comité sécurité des patients est responsable de la coordination de toutes les initiatives en matière de sécurité des patients au sein de l'établissement.

### 2.1. *Evaluation de la culture de sécurité des patients*

Comme pour la mesure de la culture de sécurité des patients effectuée au cours de la première année de contrat (2008), on a également utilisé en 2011 « *l'Hospital Survey on Patient Safety Culture* »<sup>5</sup>, un instrument de mesure validé développé par l'AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*).

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

1. La mesure de la culture est-elle effectuée au niveau de l'ensemble de l'hôpital et complètement terminée ?
2. D'autres groupes cibles que les collaborateurs de l'hôpital directement impliqués dans les soins ont-ils été interrogés ?
3. Des lettres de rappels ont-elles été envoyées ?
4. Comment les questionnaires ont-ils été distribués ?
5. Quel a été le taux de réponse des médecins, des collaborateurs de l'hôpital et au total ?
6. A qui les résultats de la mesure de la culture ont-ils été présentés ?
7. Comment les résultats de la mesure de la culture ont-ils été présentés ?
8. Les résultats de la deuxième mesure de la culture ont-ils été comparés à ceux de la première mesure de la culture ?
9. Les résultats ont-ils été envoyés à l'Université de Hasselt pour une participation à une deuxième analyse comparative (benchmarking) ?

Avant de discuter des résultats, nous allons d'abord donner quelques explications sur l'instrument utilisé et sur les améliorations qui y ont été apportées. Nous nous arrêterons également sur les objectifs de la mesure de la culture

5 [www.ahrq.gov/qual/hospculture](http://www.ahrq.gov/qual/hospculture)

---

de sécurité des patients, avant de formuler quelques suggestions importantes pour la réalisation d'une mesure cohérente.

Le *Hospital Survey on Patient Safety Culture* est un instrument de mesure qui a été développé par l'AHRQ et qui comprend 42 questions réparties entre 12 dimensions dont 10 dimensions sont liées à la culture de sécurité et deux dimensions sont liées aux résultats<sup>6</sup>.

Les 10 dimensions liées à la culture de sécurité sont :

- D01. La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients
- D02. La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue
- D03. Le travail en équipe au sein des unités
- D04. L'ouverture à la communication
- D05. Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients
- D06. L'absence de sanction face aux erreurs
- D07. L'encadrement en personnel
- D08. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients
- D09. Le travail d'équipe entre les départements
- D10. La transmission des informations et les transferts

Deux dimensions d'outcome :

- O01. La perception globale de la sécurité
- O02. La fréquence du signalement des événements indésirables

Dans le courant de l'année 2010, deux améliorations importantes ont été apportées à cet instrument de mesure :

- le protocole a été affiné, et plus précisément, le groupe cible a été défini de manière plus claire que dans le protocole de 2007 ;
- le questionnaire a été adapté aux hôpitaux psychiatriques. Il était en effet ressorti de la première mesure de la culture de sécurité que la descrip-

---

6 Ce questionnaire a été traduit à partir de l'anglais (langue source) en néerlandais, en français et en allemand et adapté au contexte belge le cas échéant. Sur la base d'un test pilote mené au Ziekenhuis Oost-Limburg, la traduction en néerlandais a fait l'objet d'une validation psychométrique identique à la méthodologie utilisée pour le questionnaire original. La version en français a été traduite et testée aux Cliniques Universitaires Saint-Luc (Bruxelles) et au CHU Tivoli (La Louvière), et a ensuite fait l'objet lui aussi d'une validation psychométrique. La version en allemand a été validée en Suisse et adaptée au contexte belge par l'hôpital St.-Nikolaus (Eupen).

tion de «l’environnement de travail primaire» reposait fortement sur l’organisation des unités et des services en hôpital aigu. En concertation avec le secteur, «l’environnement de travail primaire» a été redéfini pour permettre aux collaborateurs de se positionner plus facilement. Cette adaptation permet aussi aux hôpitaux psychiatriques de générer des résultats plus pertinents dans le cadre des analyses comparatives.

Les objectifs de cette deuxième mesure de la culture de sécurité des patients étaient de :

1. se faire une idée de l’attitude des médecins et des collaborateurs de l’hôpital par rapport à la sécurité des patients ; évaluer la culture de sécurité des patients ;
2. se faire une idée de la manière de réagir et de la volonté de notifier des (presque) incidents par les médecins et les collaborateurs de l’hôpital ;
3. sensibiliser les collaborateurs de l’hôpital et les médecins en distribuant le questionnaire dans l’ensemble de l’hôpital et en discutant des résultats de cette mesure ;
4. mettre en place, à l’avenir, un suivi de la culture de sécurité des patients et de la volonté de notifier des (presque) incidents par les médecins et les collaborateurs de l’hôpital par la répétition périodique de la mesure.

Cette deuxième mesure de la culture de sécurité des patients a étudié l’évolution des scores dans certaines dimensions. Pour ce faire, il était essentiel que la mesure soit effectuée de manière cohérente. Pour cela, plusieurs directives ont été formulées à l’égard des hôpitaux :

- les hôpitaux devaient effectuer une mesure de la culture de sécurité dans l’ensemble de l’hôpital, c’est-à-dire que le questionnaire devait être rempli par TOUS les collaborateurs directement ou indirectement responsables de soins cliniques employés depuis au moins six mois et en service actif (personnel infirmier et paramédical, médecins (tous les médecins et assistants actifs dans l’hôpital), les gestionnaires des programmes de soins et les coordinateurs de soins, les collaborateurs de la pharmacie, du labo et des services techniques ainsi que ceux chargés du transport interne des patients) ;
- le protocole et le questionnaire devaient être scrupuleusement respectés ;
- pour maximiser le taux de réponse, les hôpitaux devaient envoyer une lettre de rappel ;
- les hôpitaux qui désiraient participer à une deuxième analyse comparative externe pouvaient une nouvelle fois transmettre leurs données à l’Université de Hasselt jusque fin mars 2012.

---

## **2.2. Poursuite de la mise en œuvre d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents**

Au cours de la troisième année de contrat (2010) il avait été explicitement demandé aux hôpitaux de mettre en place un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents. Ils devaient y encoder les événements indésirables selon un dataset minimal de la taxonomie de l'OMS (voir plus loin).

Le système de notification et d'apprentissage demandé pouvait être développé par l'hôpital, par un partenaire externe ou par une société commerciale.

Dans tous les cas, le système de notification et d'apprentissage devait satisfaire aux critères définis par le Groupe de travail fédéral Sécurité des patients en mars 2009. En novembre 2012 ces critères ont été actualisés, ceux-ci sont disponibles sur le site [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be).

Le système doit également 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 et son arrêté d'exécution du 13 février 2001. Cela signifie que le système de notification et d'apprentissage doit permettre des notifications anonymes, et d'anonymiser *a posteriori* les notifications qui ne le seraient pas.

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

Au cours de la quatrième année de contrat (2011), il a été demandé aux hôpitaux de faire le bilan du système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents. Il leur a également été demandé d'envoyer le nombre de (presque) incidents rapportés et analysés et le nombre total des journées d'hospitalisation (hospitalisation de jour et classique) pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2011.

## **2.3. Cinq incidents analysés rétrospectivement sur la base de la taxonomie de l'OMS**

Tout comme pour la troisième année de contrat (2010), dans le cadre de la quatrième année de contrat (2011), il a été demandé aux hôpitaux de décrire cinq processus ou incidents ayant fait l'objet d'une analyse rétrospective et d'inclure dans cette description la méthode d'analyse utilisée, les actions d'amélioration proposées et les recommandations formulées qui en ont découlé. Il fallait également que les incidents analysés soient classés selon la Classification Internationale pour la Sécurité des Patients (taxonomie) de l'OMS en utilisant et en codant au moins l'ensemble du minimal

dataset. Ce minimal dataset comprend les classes: le type et les caractéristiques de l'incident, les conséquences pour le patient et les conséquences pour l'organisation.

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

- les méthodes d'analyse rétrospective;
- la Classification Internationale pour la Sécurité des Patients (CISP) de l'OMS et le minimal dataset demandé;
- le modèle d'exportation XML.

### 2.3.1. Analyse rétrospective des incidents

Les méthodes d'analyse rétrospective sont basées sur la réflexion systémique. Il ne s'agit pas ici de rechercher des coupables mais bien de chercher des imperfections dans le système (causes racines).

L'analyse rétrospective d'un incident est un examen systématique des causes de l'incident ayant pour but d'éviter sa répétition.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées.

- **PRISMA et ACR** (*Prevention and Recovery System for Monitoring and Analysis*): il s'agit de méthodes basées sur le principe de l'ACR (Analyse des causes racines). Avec ces deux méthodes, on tente à partir d'une collecte de données factuelles sur un incident, d'en découvrir les causes. L'ACR essaye de cartographier toutes les causes racines d'un incident. Trouver les différentes causes racines est nécessaire pour pouvoir déterminer des actions d'amélioration adéquates. **PRISMA** ajoute une classification des causes racines par une taxonomie particulière (*Eindhoven Classificatie Model*). Cela implique de classer les causes racines qui ont contribué à la survenue de l'incident en techniques, organisationnelles, humaines et liées au patient. La connaissance du spectre de ces causes racines permet de détecter certaines tendances dans l'organisation et permet de ce fait de mettre en place des actions d'amélioration ciblées.
- **SIRE** (*Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie*) a également pour objectif la prévention de la répétition de l'incident. La méthode PRISMA convient mieux pour analyser des incidents fréquents pour lesquels on dispose déjà d'informations d'analyse. La méthode SIRE convient mieux à un nombre restreint d'incidents graves ou complexes.
- La **méthode BowTie** (« modèle nœud papillon ») est également une méthode d'analyse qui permet de tenir de manière systématique une image des risques présents dans une organisation et des mesures préventives et de restauration qui peuvent être mises en place par rapport à ces risques.

---

Dans la méthode *BowTie*, les risques, les menaces et les mesures préventives et de restauration sont rassemblés dans un seul modèle. Celui-ci peut être utilisé comme méthode d'analyse rétrospective en projetant un incident sur le *BowTie* pour identifier clairement les barrières et les points faibles qui ont mené à l'échec. Cette méthode peut également être utilisée comme méthode d'analyse proactive (identification et analyse proactive des risques). Le résultat de cette analyse est un aperçu clair des risques qui permet de détecter les points critiques potentiels.

### 2.3.2. *International Classification for Patient Safety (taxonomie)*

Il avait déjà été demandé aux hôpitaux en 2009 de prévoir dans le système de notification et d'apprentissage la possibilité de classer les incidents en fonction de la Classification Internationale pour la Sécurité des Patients (CISP) de l'OMS. La CISP est un cadre conceptuel composé de 10 grandes classes, 48 concepts clés et environ 700 intitulés. La version initiale de la CISP, développée par la *World Alliance for Patient Safety*,<sup>7</sup> a été adaptée à la situation belge par le groupe de travail fédéral « Taxonomie » et a ensuite été traduite dans les trois langues nationales. L'OMS a autorisé le SPF Santé publique à traduire l'annexe 1 du rapport sur la CISP.

La classification complète d'un incident n'a pas toujours de sens et n'est certainement pas toujours nécessaire. Pour cette raison, le SPF Santé publique a défini un minimal dataset dans lequel quatre (des 10) classes principales doivent être codées.

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

classe A: type d'incident

classe B: résultats pour le patient (degré de sévérité)

classe D: caractéristiques de l'incident

classe H: résultats pour l'organisation

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

classe C: caractéristiques du patient

classe E: facteurs contributifs

classe F: facteurs atténuants

classe G: détection

---

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

classe I: actions d'amélioration

classe J: actions destinées à limiter le risque

### 2.3.3. Le modèle d'exportation XML

Depuis 2010 déjà, les hôpitaux ont été encouragés à implémenter dans le système de notification et d'apprentissage le modèle d'exportation XML fourni par le SPF Santé publique. L'exportation éventuelle de données, à des fins d'agrégation doit se faire via le modèle XML uniformisé. En 2011, les hôpitaux ont été interrogés pour savoir s'ils avaient réellement intégré le modèle d'exportation XML.

Le SPF Santé publique a contacté les sociétés commerciales de software et leur a demandé d'intégrer un modèle d'exportation XML dans leurs systèmes de notification et d'apprentissage. Par ailleurs, le SPF Santé publique a insisté sur les critères importants qui avaient été préalablement communiqués aux hôpitaux. Vous pouvez consulter ces critères sur le site [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be).

Les hôpitaux qui ont développé en interne un système de notification et d'apprentissage et dont le système permet de stocker les données dans une base de données numérique peuvent également intégrer le modèle d'exportation XML.

Pour soutenir les hôpitaux et les sociétés commerciales, un manuel (guide-line), une base de données vierge et un programme de lecture des fichiers XML ont été développés. De plus, en janvier 2011, un workshop spécifique a été organisé pour les responsables ICT de l'hôpital et, au printemps 2011, un helpdesk a été créé. 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 la codification des incidents en format XML.

Dans le courant de 2011, deux workshops ont été organisés (en anglais) sur le format XML pour soutenir les hôpitaux.

Les résultats du pilier 1 ont été présentés par les hôpitaux dans un document de rapportage standardisé (Excel) conçu par le SPF Santé publique. Les données ont été traitées qualitativement et quantitativement au niveau national et, en cas de pertinence, également par type d'hôpital et par région.

---

### **3. RÉSULTATS**

#### **3.1. Nombre de rapports analysés**

En 2011, 179 hôpitaux ont participé au contrat « coordination qualité et sécurité des patients » (92 % des hôpitaux belges). 177 hôpitaux ont présenté un rapport. Deux hôpitaux ont fusionné dans le courant de 2011 et n'ont présenté qu'un seul rapport et un autre hôpital n'a pas présenté de rapport pour l'année de contrat 2011.

#### **3.2. Résultats de la deuxième mesure de la culture de sécurité des patients**

Il a été demandé aux hôpitaux qui ont participé à la première année de contrat (2008) d'effectuer une deuxième mesure de la culture de sécurité en 2011.

##### **3.2.1. Nombre des hôpitaux qui ont effectué une deuxième mesure de la culture de sécurité en 2011**

Au total, 152 hôpitaux ont effectué une deuxième mesure de la culture de sécurité des patients, dont 89 hôpitaux aigus (86 %), 51 psychiatriques (88 %) et 12 hôpitaux Sp (75 %).

Tous les résultats ci-dessous reposent sur les rapports de ces 152 hôpitaux et varient un peu des résultats du benchmarking<sup>8</sup> de l'Université d'Hasselt. Dans le rapport de l'étude de benchmarking les données utilisées concernent les hôpitaux qui ont participé à la première étude (2008) et à la deuxième étude de benchmarking (n=111).

##### **3.2.2. Nombre d'hôpitaux qui ont effectué une deuxième mesure de la culture de sécurité au niveau de l'ensemble de l'hôpital en 2011**

Sur les 152 mesures de la culture de sécurité effectuées en 2011, 95 % ont été réalisées au niveau de l'ensemble de l'hôpital (n=144). Dans six hôpitaux aigus et deux hôpitaux psychiatriques, la mesure de la culture de sécurité n'a pas été effectuée au niveau de l'ensemble de l'hôpital. La totalité des hôpitaux Sp ont effectué une mesure de la culture au niveau de l'ensemble de l'hôpital.

---

8 A. VLAYEN *et al.*, *Deuxième mesure de la culture de sécurité (2011) dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et spécialisés belges*, Université de Hasselt, groupe de recherche Sécurité des patients, 2012.

### **3.2.3. Mesure dans laquelle les autres groupes cibles que les collaborateurs de l'hôpital directement impliqués dans les soins ont été interrogés**

38 % des hôpitaux qui ont effectué une deuxième mesure de la culture ont aussi interrogé d'autres groupes cibles (n=57). Il est frappant de constater que les hôpitaux Sp, qui sont plus petits en termes de nombre de lits, ont proportionnellement interrogé le plus petit nombre d'autres groupes cibles que les collaborateurs directement impliqués dans les soins (25 %). Un hôpital psychiatrique sur 3 et 4 hôpitaux aigus sur 10 l'ont fait.

47 hôpitaux ont spécifié ces groupes cibles. Il s'agit principalement de: la direction et les cadres dirigeants, les services techniques, la cuisine et la cafétéria, les collaborateurs administratifs et logistiques, le service social et le service de médiation.

### **3.2.4. Mesure dans laquelle des lettres de rappel ont été envoyées**

Pour maximiser le taux de réponse à la mesure de la culture de sécurité (au moins 60 %) le protocole demande expressément d'envoyer des lettres de rappel en cas de faible taux de réponse. Presque 9 hôpitaux sur 10 l'ont fait (n=135). Un hôpital n'a pas donné suite à cette demande.

### **3.2.5. Manière dont le questionnaire a été distribué**

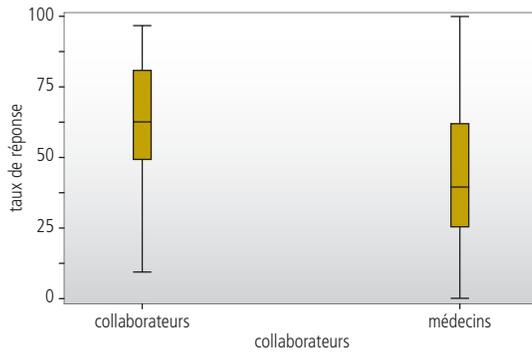
Les hôpitaux pouvaient distribuer le questionnaire de mesure de la sécurité des patients de trois manières: sur papier, par voie électronique ou les deux en même temps. Un hôpital sur 4 a distribué le questionnaire uniquement par voie électronique (n=36), 64 % des hôpitaux l'ont fait exclusivement sur papier (n=98) et 1 hôpital sur 5 a distribué le questionnaire aussi bien par voie électronique que sur papier.

### **3.2.6. Taux de réponse**

Il a été demandé aux hôpitaux de communiquer le taux de réponse des médecins et des collaborateurs de l'hôpital ainsi que le taux de réponse total. Le taux de réponse a été calculé en divisant le nombre de questionnaires reçus par le nombre de questionnaires distribués. Le taux cible a été fixé à 60 %. Pour atteindre ce taux cible il a été demandé aux hôpitaux de suivre scrupuleusement le protocole et d'envoyer des lettres de rappel.

Il ressort de la figure 1 que le taux de réponse est plus élevé au niveau des collaborateurs de l'hôpital (taux de réponse médian 62,7 %) qu'au niveau des médecins (taux de réponse médian 39,3 %). La variabilité est élevée dans les deux groupes cibles.

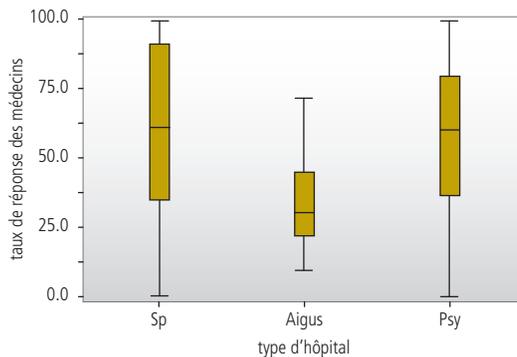
**Figure 1: taux de réponse des médecins et des autres collaborateurs de l'hôpital**



### 3.2.6.1. Taux de réponse des médecins en fonction du type d'hôpital et par région

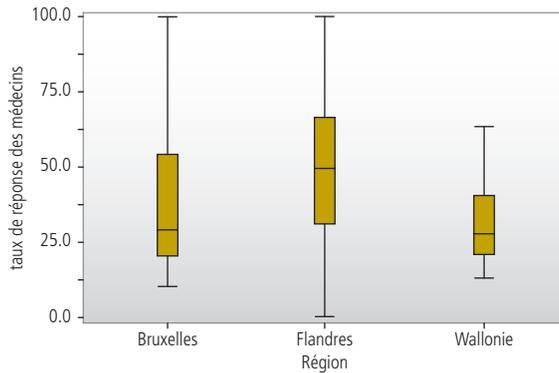
L'analyse des données concernant uniquement les médecins (figure 2) fait ressortir que malgré une grande variabilité, le taux de réponse dans les hôpitaux Sp et les hôpitaux psychiatriques est clairement plus élevé que dans les hôpitaux aigus (médiane respectivement 61,4 %, 60 % et 30,5 %). Dans les hôpitaux aigus, la variabilité est plus faible que dans les deux autres types d'hôpitaux.

**Figure 2: taux de réponse des médecins par type d'hôpital**



Il ressort de la comparaison des données par région que le taux de réponse des médecins en Wallonie et à Bruxelles est comparable (médiane respectivement 28,2% et 29,4%), mais moins élevé que le taux de réponse des médecins en Flandre (taux de réponse médian de 49,8%) (figure 3).

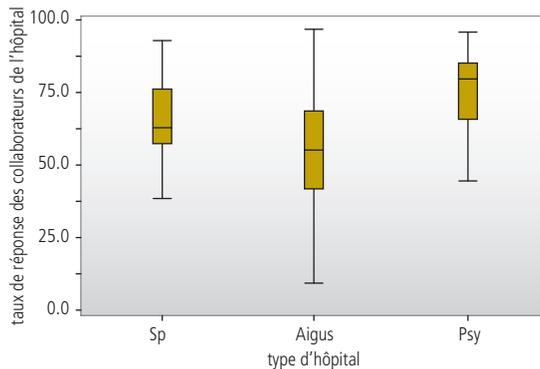
Figure 3: taux de réponse des médecins par région



### 3.2.6.2. Taux de réponse des collaborateurs de l'hôpital en fonction du type d'hôpital et par région

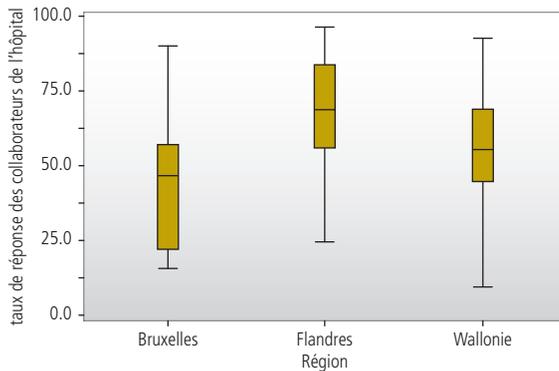
Il ressort de la figure 4 que le taux de réponse dans les hôpitaux psychiatriques (taux de réponse médian 79,9%) est nettement plus élevé que dans les hôpitaux Sp (taux de réponse médian 62,9%) et les hôpitaux aigus (55,3%).

Figure 4: taux de réponse des collaborateurs de l'hôpital par type d'hôpital



Au niveau du taux de réponse des collaborateurs de l'hôpital par région, on constate la même tendance que celle observée au niveau des médecins. Le taux de réponse en Flandre (taux de réponse médian 69,2 %) est plus élevé qu'en Wallonie (taux de réponse médian 55,5 %) et Bruxelles (taux de réponse médian 46,7 %) (figure 5).

Figure 5: taux de réponse des collaborateurs de l'hôpital par région



### 3.2.7. Présentation des résultats aux différents groupes cibles et modes de présentation

Il a été demandé aux hôpitaux de présenter les résultats de la deuxième mesure de la culture au conseil d'administration, au conseil médical, au département infirmier / paramédical, au comité de direction, au comité ou au groupe de pilotage qualité et sécurité des patients et aux médecins. Une catégorie de réponse « autres » avait également été prévue. Les hôpitaux avaient également la possibilité d'indiquer de quelle manière ils avaient présenté ces résultats. Pour cela, ils pouvaient choisir entre : intranet, bulletin d'information, journal de l'hôpital, journal du personnel, mail, présentation orale, rapport ou autres modes de présentation.

#### 3.2.7.1. Aperçu des groupes cibles auxquels les résultats ont été présentés

Les 152 hôpitaux qui ont effectué une deuxième mesure de la culture ont présenté les résultats à au moins un groupe de personnes.

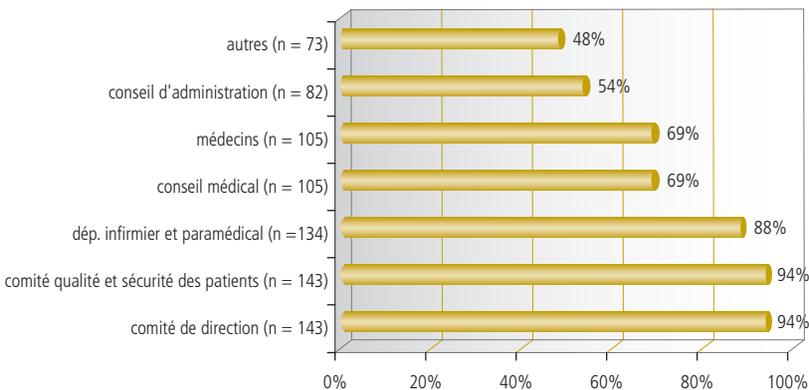
Les résultats ont été principalement présentés au comité ou au groupe de pilotage qualité et sécurité des patients et au comité de direction (94 %, n=143).

## Pilier 1 : Système de gestion de la sécurité du patient

Le département infirmier et paramédical a été informé des résultats dans 88 % des hôpitaux (n=134). Dans 7 hôpitaux sur 10 (69 %, n=105), les résultats ont été présentés aux médecins et au conseil médical et dans un peu plus de la moitié des hôpitaux (54 %, n=82), ils ont également été présentés au conseil d'administration.

Près de la moitié des hôpitaux ont aussi présenté les résultats à d'autres groupes cibles (n=73, 48 %), principalement aux chefs des services médicaux et infirmiers, aux responsables administratifs, aux services logistiques, aux collaborateurs du service de biologie clinique, du labo, du transport interne des patients, de la pharmacie et des services paramédicaux. Un hôpital psychiatrique a aussi communiqué les résultats aux patients et à leurs familles (graphique 1).

**Graphique 1: groupes cibles auxquels les résultats de la mesure de la culture ont été présentés (n=152)**

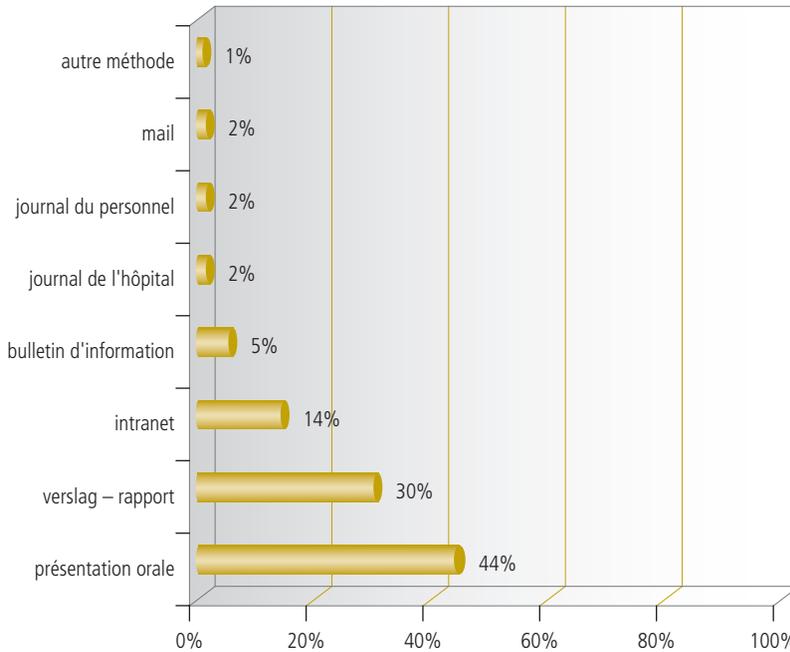


### 3.2.7.2. Aperçu de la manière dont les résultats ont été présentés

Il a été demandé aux hôpitaux d'indiquer systématiquement les méthodes utilisées pour présenter les résultats de la mesure de la culture ainsi que d'indiquer si une deuxième méthode a été utilisée par groupe cible. Les réponses possibles étaient : intranet, bulletin d'information, journal de l'hôpital, journal du personnel, mail, présentation orale, rapport ou autre.

Tous les hôpitaux ont indiqué avoir utilisé au moins une méthode pour présenter les résultats de la mesure de la culture. Au total, les résultats ont été présentés 1.215 fois. Les méthodes les plus utilisées ont été la présentation orale (44 %) et le rapport ou rapportage (30 %) (graphique 2).

**Graphique 2: manière dont les résultats de la mesure de la culture de sécurité ont été présentés**



La comparaison des méthodes utilisées par groupe cible fait ressortir que pour les médecins et le département infirmier et paramédical, l'intranet a été utilisé comme méthode de présentation des résultats dans respectivement 22 et 17 % des cas.

### **3.2.8. Comparaison des résultats de la première et de la deuxième mesure de la culture**

144 des 152 hôpitaux qui ont effectué une deuxième mesure de la culture en 2011, en ont comparé les résultats avec ceux de la première mesure de la culture. Sept hôpitaux (trois aigus, trois psychiatriques et un Sp) ne l'ont pas fait et un hôpital aigu n'a pas répondu à la question.

### **3.2.9. Participation à la deuxième analyse comparative**

Tous les hôpitaux participants ont pu participer pour la deuxième fois à une analyse comparative externe et ceci sur une base entièrement volontaire. 141

des 152 hôpitaux ont envoyé leurs résultats à l'Université de Hasselt. Les résultats de la deuxième analyse comparative sont largement décrits dans le rapport d'analyse comparative de la deuxième mesure de la culture de sécurité des patients<sup>9</sup>.

### **3.3. Implémentation du système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents**

Les 177 hôpitaux qui ont présenté un rapport disposent d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents.

La nature de ce système a été analysée de manière plus détaillée et cette analyse a tenu compte des questions suivantes :

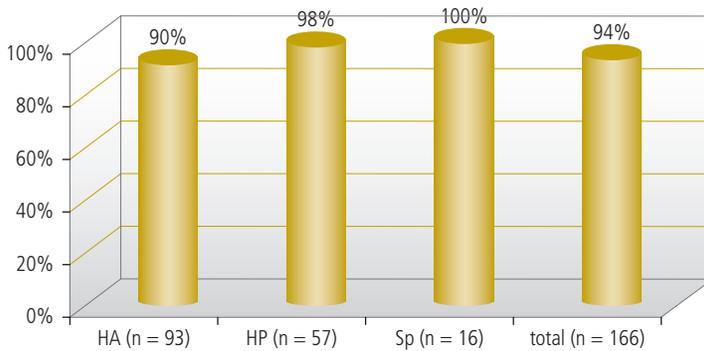
1. Existe-t-il un système de notification et d'apprentissage au niveau de l'ensemble de l'hôpital ?
2. L'hôpital utilise-t-il d'autres systèmes de notification pour certains incidents spécifiques ?
3. Comment les notifications peuvent-elles être effectuées ?
4. Qui a développé le système de notification ?
5. Dans quelle mesure, le modèle d'exportation XML a-t-il été intégré ?
6. Quelles catégories du minimal dataset ont été intégrées dans le formulaire de notification ?
7. Dispose-t-il d'un formulaire (papier ou électronique) destiné aux patients pour la notification des (presqu')incidents ?
8. Combien de (presque) incidents ont été rapportés et ont été analysés sur la période entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2011 ?

#### **3.3.1. Mesure dans laquelle le système de notification et d'apprentissage est utilisé au niveau de l'ensemble de l'hôpital**

94 % (n=166) des systèmes de notification et d'apprentissage utilisés le sont au niveau de l'ensemble de l'hôpital. Tous les systèmes de notification et d'apprentissage des hôpitaux Sp sont utilisés au niveau de l'ensemble de l'hôpital. Dix hôpitaux aigus et un hôpital psychiatrique ont un système de notification et d'apprentissage qui ne fonctionne pas encore au niveau de l'ensemble de l'hôpital (graphique 3).

9 A. VLAYEN et al., *Deuxième mesure de la culture de sécurité (2011) dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et spécialisés belges*, Université de Hasselt, groupe de recherche Sécurité des patients, 2012.

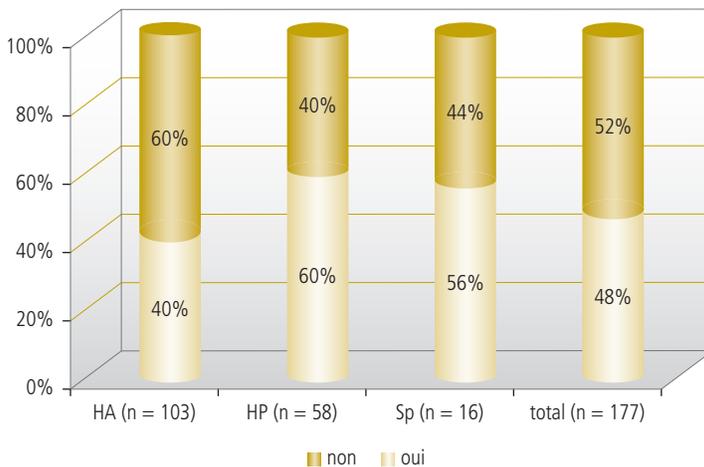
**Graphique 3: pourcentage d'hôpitaux disposant d'un système de notification et d'apprentissage au niveau de l'ensemble de l'hôpital, par type d'hôpital (n=166)**



### 3.3.2. Utilisation d'autres systèmes de notification et d'apprentissage pour certains incidents spécifiques

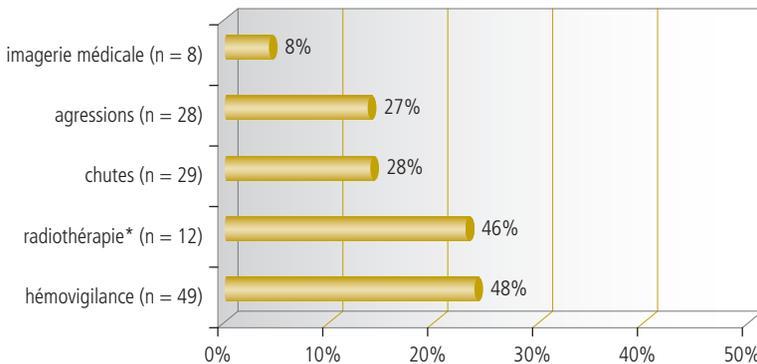
Près de la moitié des hôpitaux ont déclaré disposer d'autres systèmes de notification et d'apprentissage (graphique 4).

**Graphique 4: pourcentage d'hôpitaux qui disposent d'autres systèmes de notification en dehors du système de notification et d'apprentissage central de l'hôpital (n=177)**



Dans les hôpitaux aigus, ces « autres systèmes de notification » concernent : l'hémovigilance, les agressions, les chutes, la radiothérapie et l'imagerie médicale (graphique 5).

**Graphique 5: pourcentage et aperçu des autres systèmes de notification en dehors du système de notification et d'apprentissage central des hôpitaux aigus (n=103)**



\* il y a 26 centres de radiothérapie.

En plus des types d'incident cités plus haut, les hôpitaux avaient aussi la possibilité de cocher une catégorie « autres ». 52 hôpitaux l'ont fait (29 %) et ont détaillé la catégorie « autre ».

Dans 35 hôpitaux aigus, des enregistrements supplémentaires ont aussi été faits concernant divers incidents. Dix hôpitaux déclarent leurs incidents survenant en biologie clinique dans un logiciel spécifique. Parmi les types d'incident pour lesquels les hôpitaux travaillent avec des systèmes de notification et d'apprentissage distincts on trouve entre autres : les escarres (n=4), la pharmacie (n=3), les incidents de chimiothérapie (n=3), les infections nosocomiales (n=2), les incidents liés au matériel médical (n=1) et l'anesthésie (n=1).

Les dix autres hôpitaux qui ont détaillé la catégorie « autres » ont rapporté des plaintes, des accidents du travail, des problèmes au bloc opératoire, dans les services de soins et les consultations d'orthopédie.

Dans 14 hôpitaux psychiatriques, des incidents ont été enregistrés en plus du système de notification et d'apprentissage central. Ces incidents concernent les disparitions suspectes (n=3), l'isolement (n=2), les accidents des patients (n=2), les infections nosocomiales (n=2), la pharmacie (n=2) et les accidents par piqûre (n=1).

Dans les trois hôpitaux Sp qui ont fait des enregistrements supplémentaires, il s'agit d'incidents survenus dans les cuisines sur la base des recommandations HACCP, de chutes et de plaintes des familles.

### 3.3.3. Modes de notification

Dans 63 % des hôpitaux belges, il est possible de faire les notifications par voie électronique (n=111). Il s'agit dans ce cas, soit d'un système de notification et d'apprentissage uniquement électronique (38 %, n=67), soit d'un système de notification et d'apprentissage permettant les notifications à la fois électroniques et écrites (25 %, n=44). Dans 37 % des hôpitaux (n=65) les notifications ne peuvent se faire que par écrit (tableau 2).

**Tableau 2: modes de notification à la disposition des collaborateurs de l'hôpital (n=176)**

	par voie électronique		sur papier		les deux	
HA (n=102)*	39	38 %	35	34 %	28	27 %
HP (n=58)	23	40 %	22	38 %	13	22 %
Sp (n=16)	5	31 %	8	50 %	3	19 %
total (n=176)	67	38 %	65	37 %	44	25 %

\* un hôpital aigu n'a pas répondu à cette question

#### 3.3.3.1. Modes de notification en fonction du nombre de lits agréés

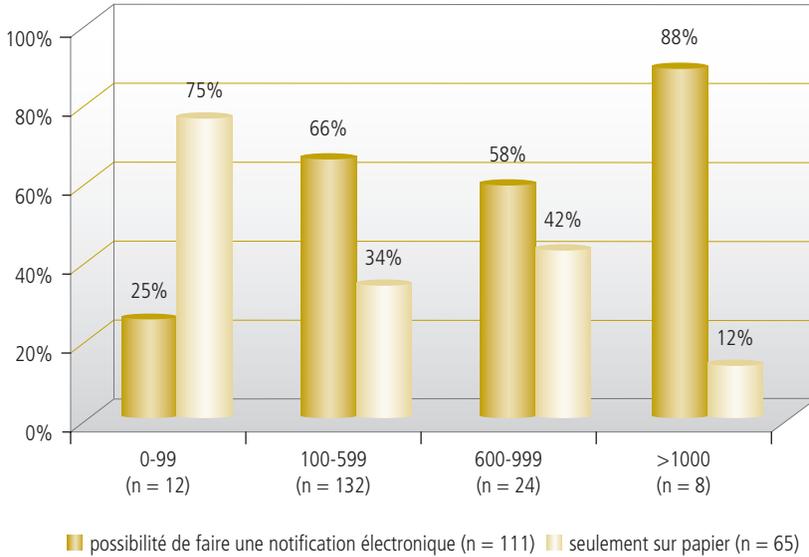
Sur les 12 hôpitaux qui comptent moins de 100 lits, neuf ne disposent que d'un système de notification et d'apprentissage écrit. Dans trois de ces petits hôpitaux, la notification peut se faire par voie électronique.

66 % des hôpitaux qui ont entre 100 et 599 lits disposent d'un système de notification et d'apprentissage électronique, les autres (34 % (n=45)) disposent uniquement d'un système de notification et d'apprentissage par écrit.

Sur les 24 hôpitaux comptant 600 lits et plus, 10 hôpitaux (42 %) n'acceptent que les notifications par écrit, dans les 14 autres hôpitaux, il est possible de faire une notification électronique (58 %) (graphique 6).

Dans sept des huit grands hôpitaux, comptant plus de 1000 lits, il est possible de faire une notification électronique.

**Graphique 6: modes de notification en fonction du nombre de lits agréés (n=176)**



**3.3.4. Système de notification et d'apprentissage développé par l'hôpital ou par un partenaire externe**

51 hôpitaux (29%) n'ont pas répondu à la question concernant le développeur du système de notification et d'apprentissage. Sur les 126 hôpitaux qui ont répondu à cette question, 56% (n=70) ont indiqué que le système de notification et d'apprentissage avait été développé à l'intérieur même de l'hôpital. 39% (n=49) avaient confié ce développement à une société commerciale (tableau 3).

**Tableau 3: nombre de systèmes de notification et d'apprentissage développés par l'hôpital ou une société commerciale (n=126)**

	société commerciale		hôpital		autre		total	
HA (n=103)	40	52 %	36	47 %	1	1 %	77	100 %
HP (n=58)	6	15 %	29	71 %	6	15 %	41	100 %
Sp (n=16)	3	38 %	5	63 %	0	0 %	8	100 %
total (n=177)	49	39 %	70	56 %	7	6 %	126	100 %

### 3.3.5. Mesure dans laquelle le modèle d'exportation XML a été intégré

77 hôpitaux (44 %) n'ont pas répondu à la question de savoir dans quelle mesure le XML a été intégré dans le système de notification et d'apprentissage. Sur les 100 hôpitaux qui ont répondu à cette question, 66 % des hôpitaux ont dit avoir intégré le modèle d'exportation XML (tableau 4).

Tableau 4: mesure dans laquelle le modèle XML a été intégré (n=100)

	oui		non		total	
HA (n=103)	46	74 %	16	26 %	62	100 %
HP (n=58)	15	45 %	18	55 %	33	100 %
Sp (n=16)	5	100 %	0	0 %	5	100 %
total (n=177)	66	66 %	34	34 %	100	100 %

### 3.3.6. Mesure dans laquelle les patients peuvent déclarer un incident via un formulaire de notification spécifique

Il a été demandé aux hôpitaux si les patients pouvaient déclarer un incident ou un presque incident via un formulaire de notification spécifique (par écrit ou par voie électronique). Dans 23 hôpitaux (13 %) les patients peuvent faire une déclaration via un formulaire de notification spécifique et ce pourcentage est un peu plus élevé dans les hôpitaux psychiatriques (16 %).

### 3.3.7. Classes du minimal dataset intégrées dans le formulaire de notification

Sur les 177 hôpitaux qui disposent d'un système de notification et d'apprentissage, 166 ont intégré le minimal dataset. Onze hôpitaux<sup>10</sup> n'ont intégré aucune classe du minimal dataset dans leur formulaire de notification.

La discussion qui suit ne concerne que les 166 hôpitaux qui ont intégré ces classes dans leur formulaire de notification (tableau 5).

Sur les hôpitaux disposant d'un système de notification et d'apprentissage :

- 98 % ont intégré la classe « conséquences pour le patient » (n=163) ;
- 95 % ont intégré les classes « type d'incident » et « caractéristiques de l'incident » (n=158) ;

10 Dans 6 de ces 11 hôpitaux il s'agissait exclusivement d'un système de notification par écrit, dans quatre hôpitaux il y avait la possibilité de faire une notification par voie électronique ou par écrit et dans un hôpital la notification n'était possible que par voie électronique.

## Pilier 1 : Système de gestion de la sécurité du patient

- 89 % ont intégré la classe « conséquences pour l'organisation » (n=148) ;
- 20 % des hôpitaux (n=34) ont également intégré d'autres classes non obligatoires de la taxonomie dans le formulaire de notification.

La classe « conséquences pour le patient » (degré de sévérité) a été intégrée par tous les hôpitaux aigus et Sp.

**Tableau 5: mesure dans laquelle les 4 classes obligatoires du minimal dataset de la taxonomie ont été intégrées dans les systèmes de notification et d'apprentissage des hôpitaux (n=166)**

	type d'incident		caractéristiques de l'incident		conséquences pour le patient		conséquences pour l'organisation		autre	
HA (n=96)	92	96 %	91	95 %	96	100 %	89	93 %	18	19 %
HP (n=55)	51	93 %	53	96 %	52	95 %	47	85 %	13	24 %
Sp (n=15)	15	100 %	14	93 %	15	100 %	12	80 %	3	20 %
total (n=166)	158	95 %	158	95 %	163	98 %	148	89 %	34	20 %

Sur les 166 hôpitaux qui ont intégré le minimal dataset dans leur formulaire de notification, 34 ont aussi prévu une possibilité de réponse « autre » (tableau 6). Dans 24 hôpitaux, il s'agissait de classes facultatives de la taxonomie. Dans deux hôpitaux, les 10 classes de la taxonomie ont été intégrées dans le formulaire de notification, cinq hôpitaux ont intégré la classe « facteurs atténuants », quatre hôpitaux, les classes « caractéristiques du patient », « facteurs contributifs » et « actions destinées à limiter le risque », trois hôpitaux ont intégré la classe « actions d'amélioration » et deux hôpitaux ont intégré la classe « détection ».

**Tableau 6: mesure dans laquelle les classes facultatives de la taxonomie ont été intégrées dans les systèmes de notification et d'apprentissage des hôpitaux (n=24)**

taxonomie complète	2
détection	2
actions d'amélioration	3
caractéristiques du patient	4
facteurs contributifs	4
actions destinées à limiter le risque	4
facteurs atténuants	5
total	24

Une dizaine d'hôpitaux n'ont pas nommé la catégorie « autre » dans les termes des classes de la taxonomie. Quelques exemples : spécifications supplémentaires dans le cadre des indicateurs de Navigator, fréquence, risque de répétition, PRISMA.

### 3.3.8. Nombre de (presque) incidents déclarés et analysés sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2011

Il a été demandé aux hôpitaux de donner le nombre d'incidents déclarés et analysés sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2011, au total et pour les degrés de sévérité 3, 4 et 5. Il leur a aussi été demandé de donner le nombre de presque incidents déclarés et analysés. Pour calculer le nombre d'incidents et de presque incidents par rapport au nombre de journées d'hospitalisation, les hôpitaux ont aussi dû fournir le nombre total de journées d'hospitalisation (hospitalisation de jour et classique) pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2011.

#### 3.3.8.1. Nombre d'incidents et de presque incidents rapportés

Dans 10 des 177 hôpitaux participants (6 %) aucun incident a été rapporté.

Tableau 7: nombre d'incidents et de presque incidents rapportés pour la période entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin 2011, au total et par degré de sévérité

	rapportés	
	n	%
tous les incidents	29.405	
<i>incidents de degré de sévérité 3 *</i>	3.013	10 %
<i>incidents de degré de sévérité 4 **</i>	2.012	7 %
<i>incidents de degré de sévérité 5 ***</i>	231	1 %
tous les presque incidents	9.045	

- \* degré de sévérité 3: dommage modéré:  
l'incident engendre des conséquences qui requièrent une intervention (p. ex. opérations ou traitements complémentaires) ou une prolongation de la durée du séjour ou l'incident engendre pour le patient un dommage modéré ou une perte fonctionnelle temporaire.
- \*\* degré de sévérité 4: dommage grave:  
l'incident rend nécessaire une intervention chirurgicale ou médicale majeure ou l'incident engendre pour le patient, un dommage grave ou une perte fonctionnelle importante, permanente ou de longue durée.
- \*\*\* degré de sévérité 5: décès:  
le décès du patient a été causé ou accéléré à court terme par l'incident.

Il ressort du tableau 7 que sur la première moitié de 2011, 29.405 incidents au total ont été rapportés. 82 % des incidents rapportés étaient des incidents des degrés de sévérité 1 ou 2. Les incidents du degré de sévérité 3 concernaient 10 % (n=3.013) des notifications, les incidents du degré de sévérité 4, 7 % des notifications et les incidents du degré de sévérité 5 concernaient 1 % des notifications.

Sur la première moitié de 2011, 9.045 presque incidents ont été rapportés. Dans 54 des 177 hôpitaux participants (31 %) aucun presque incident n'a été rapporté.

### 3.3.8.2. Nombre d'incidents et de presque incidents analysés

Sur les 29.405 incidents rapportés, 26 % ont été analysés (n=7.692). L'examen des analyses effectuées par degré de sévérité montre qu'un peu plus d'1 incident sur 3 de degré de sévérité 3 (n=1.047, 35 %) a été analysé, que presque 1 incident sur 5 de degré de sévérité 4 (n=338, 17 %) a été analysé et que presque 7 incidents sur 10 d'un degré de sévérité 5 (n=159, 69 %) ont été analysés.

Sur les 9.045 presque incidents rapportés, plus d'1 sur 3 a été analysé (n=3.301, 36 %) (tableau 8).

**Tableau 8:** nombre d'incidents et de presque incidents analysés sur la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 juin 2011, au total et par degré de sévérité

	ont été analysés	
	n	%
tous les incidents	7.692	26 %
<i>incidents du degré de sévérité 3</i>	1.047	35 %
<i>incidents du degré de sévérité 4</i>	338	17 %
<i>incidents du degré de sévérité 5</i>	159	69 %
tous les presque incidents	3.301	36 %

Si on examine la fréquence d'analyse par degré de sévérité, on peut conclure du tableau 9 que :

Les incidents ayant un degré de sévérité de 3, 4 et 5 n'ont pas tous été analysés. Dans plus d'1 hôpital sur 4 aucun incident ayant un degré de sévérité de 3, 4 et 5 n'a été analysé.

6 hôpitaux sur 10 ayant notifié un incident de degré de sévérité 5 (décès) ont analysé tous ces incidents. Ce qui veut dire que dans 4 hôpitaux sur 10 les incidents ayant mené au décès du patient et qui auraient pu être évités n'ont pas tous été analysés. Les incidents de degré de sévérité 3 et 4 n'ont également pas tous été analysés (resp. 52 % et 60 %).

8 hôpitaux participant sur 10 (79 %) ont rapporté des incidents de degré de sévérité 3, la moitié des hôpitaux (53 %) des incidents de degré de sévérité 4 et 4 hôpitaux sur 10 (24 %) des incidents de degré de sévérité 5.

**Tableau 9: nombre d'analyses effectuées par degré de sévérité**

	degré de sévérité 3		degré de sévérité 4		degré de sévérité 5	
	n hôpitaux	%	n hôpitaux	%	n hôpitaux	%
aucune analyse	39	28 %	26	28 %	11	26 %
tous les incidents ont été analysés	55	40 %	45	48 %	25	60 %
nombre d'hôpitaux ayant des notifications	139	79 %	93	53 %	42	24 %

### 3.4. Méthodes d'analyse rétrospective

Dans le cadre des contrats « coordination qualité et sécurité des patients », les hôpitaux doivent procéder à l'analyse rétrospective de cinq incidents. Pour cela, les hôpitaux avaient le choix entre les méthodes suivantes :

- PRISMA
- RCA
- SIRE
- *BowTie* (également une méthode proactive)

Nous allons maintenant donner un aperçu des méthodes d'analyse rétrospective utilisées par les hôpitaux en ce qui concerne la communication des résultats des analyses effectuées et les responsables des actions d'amélioration formulées.

#### 3.4.1. Méthode d'analyse rétrospective utilisée

Au total, 177 des 179 hôpitaux participants ont présenté un rapport : 871 incidents y ont fait l'objet d'une analyse rétrospective. Certains hôpitaux ont uti-

lisé plusieurs méthodes d'analyse pour un seul incident, ce qui porte le nombre d'analyses rétrospectives à 904. Six hôpitaux n'ont pas procédé à l'analyse rétrospective des cinq incidents demandée.

67 % des incidents analysés l'ont été avec la méthode PRISMA (n=457, 51 %) ou RCA (n=149, 16 %). PRISMA et RCA sont des méthodes qui se ressemblent beaucoup mais la méthode PRISMA, contrairement à la méthode RCA, dresse une classification des causes racines en causes techniques, organisationnelles, humaines et liées aux patients, ce qui permet d'élaborer ensuite des actions d'amélioration plus ciblées.

13 % des incidents (n=115) ont été analysés avec la méthode SIRE, 4 % (n=32) avec la méthode *BowTie* et 17 % ont été analysés avec une autre méthode (n=151), notamment la méthode SIM (*Simple Incident Analyse Methode*) (tableau 10).

En comparaison avec les hôpitaux aigus et Sp, les hôpitaux psychiatriques utilisent davantage la méthode d'analyse PRISMA qu'une autre méthode.

**Tableau 10: aperçu des méthodes d'analyse utilisées dans les hôpitaux belges, par type hôpital (n=904)**

	HA		HP		Sp		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
PRISMA	256	49 %	164	54 %	37	49 %	457	51 %
RCA	91	17 %	43	14 %	15	20 %	149	16 %
SIRE	91	17 %	15	5 %	9	12 %	115	13 %
<i>BowTie</i>	6	1 %	21	7 %	5	7 %	32	4 %
autre méthode	79	15 %	63	21 %	9	12 %	151	17 %
total	523	100 %	306	100 %	75	100 %	904	100 %

### 3.4.2. Communication des résultats des analyses effectuées

96 % des analyses effectuées (n=871) ont fait l'objet d'une communication à une ou plusieurs structures de l'hôpital – types de collaborateurs (tableau 11).

**Tableau 11: aperçu des structures et des collaborateurs de l'hôpital qui ont fait l'objet d'une communication sur l'analyse des incidents (n=871).**

	n	%
infirmiers en chef (et/ou cadres moyens)	586	67 %
comité qualité et sécurité des patients	535	61 %
coordinateur qualité et/ou sécurité des patients	523	60 %
chef du département infirmier	505	58 %
infirmiers	399	46 %
médecins	365	42 %
médecin en chef	329	38 %
comité de direction	252	29 %
directeur médical	233	27 %
autre	201	23 %
directeur général	189	22 %
pharmacien	141	16 %
conseiller en prévention	76	9 %
infirmier – hygiéniste	74	8 %
comité médico-pharmaceutique	47	5 %
adjoint à la direction	46	5 %
directeur logistique	42	5 %
directeur administratif	40	5 %
médecin-hygiéniste	36	4 %
commission d'évaluation de la qualité des soins	24	3 %
directeur	23	3 %
comité d'hygiène hospitalière	21	2 %
département des ressources humaines	18	2 %
responsable du RHM	17	2 %
comité transfusion	16	2 %
directeur de l'informatique	14	2 %
comité nutritionnel ou diététiciens	8	1 %
comité de concertation permanente entre le gestionnaire et les médecins	7	1 %
résultats disponibles pour tous les collaborateurs de l'hôpital	91	10 %

Plus de 500 des 871 analyses d'incident effectuées ont été communiquées à l'infirmier en chef (cadre moyen) (67 %), au comité qualité et sécurité des patients (61 %), au coordinateur qualité et/ou sécurité des patients (60 %) et au chef du département infirmier (58 %).

On a communiqué avec les infirmiers pour plus de 46 % des analyses effectuées, avec les médecins pour 42 % des analyses effectuées et avec le médecin en chef pour 38 %. Le comité de direction a été informé des résultats de 29 % des analyses d'incident effectuées et le directeur général l'a été dans 22 % des analyses. Moins d'1 analyse d'incident sur 5 a été communiquée au pharmacien (16 %).

Le conseiller en prévention et l'infirmier-hygiéniste n'ont été informés des résultats des analyses d'incident que dans moins de 10 % des cas (resp. 9 % et 8 %).

Le pourcentage de communication sur les résultats des analyses d'incident a été de 5 % pour le comité médico-pharmaceutique, l'adjoint à la direction, le directeur logistique ainsi que pour le directeur administratif.

Le pourcentage de communication sur les résultats des analyses d'incident a été inférieur à 5 % pour le médecin-hygiéniste (4 %), la commission d'évaluation de la qualité des soins et le directeur financier (3 %), pour le comité d'hygiène hospitalière, le département des ressources humaines, le responsable du résumé hospitalier minimum, le comité transfusion et le directeur de l'informatique (2 %) et pour le comité nutritionnel ou diététiciens, le comité de concertation permanente entre le gestionnaire et les médecins (1 %).

Les résultats de près d'1 analyse sur 5 ont donné lieu à une discussion avec d'autres collaborateurs et/ou structures de l'hôpital, comme par exemple le comité du matériel médical, le président du conseil médical et le personnel paramédical.

Dans 91 cas, les résultats des analyses d'incident effectuées ont été mis à la disposition de tous les collaborateurs de l'hôpital. Cela concerne 35 hôpitaux.

#### *3.4.2.1. Communication des résultats sur certains types d'incident spécifiques*

Nous allons, ici, utiliser les types d'incident tels qu'ils ont été décrits dans la taxonomie de l'OMS. Une discussion détaillée des résultats sur le classement des incidents selon la taxonomie de l'OMS est reprise au point III.5.

La discussion relative à la communication des résultats sur les incidents sera limitée aux types d'incident « médication », « sang et produits sanguins » et « nutrition » du fait que ces types d'incident peuvent être spécifiquement rattachés à des collaborateurs et/ou structures spécifiques de l'hôpital (tableau 12). Cela ne signifie pas que les résultats de ces analyses d'incident n'ont pas été communiqués à d'autres collaborateurs de l'hôpital.

Pour la classe « médication / liquides IV », un total de 212 analyses rétrospectives ont été effectuées. Les résultats de ces analyses ont été communiqués dans moins de la moitié des cas et plus précisément dans 42 % des cas (n=88) au pharmacien et dans moins de 20 % des cas au comité médico-pharmaceutique (n=37).

Pour la classe « sang et produits sanguins » un total de 16 analyses rétrospectives ont été effectuées dont les résultats ont été communiqués au comité de transfusion dans 15 cas.

Pour la classe « nutrition » un total de 17 analyses rétrospectives ont été effectuées dont les résultats ont été communiqués au comité nutritionnel ou aux diététiciens dans 12 cas.

**Tableau 12: communication sur les résultats des analyses effectuées pour les classes « médication / liquides IV », « sang et produits sanguins » et « nutrition »**

	ont été analysés		résultats communiqués	
	n	%	n	%
<b>code ae : médication / liquides IV</b>	212	24 %		
avec le pharmacien			88	42 %
avec le comité médico-pharmaceutique			37	17 %
<b>code af : sang et produits sanguins</b>	16	2 %		
avec le comité de transfusion			15	94 %
<b>code ag : nutrition</b>	17	2 %		
avec le comité nutritionnel ou les diététiciens			12	71 %

### 3.4.3. Actions d'amélioration

Pour 871 incidents analysés 849 actions d'amélioration ont été initiées.

### 3.4.3.1. Thèmes des actions d'amélioration

Les incidents pour lesquels le plus grand nombre d'actions d'amélioration ont été définies concernent : « médication / liquides IV » (24 %, n=212), « processus / procédures de soins » (20 %, n=177), « comportement du personnel / patient » (16 %, n=138) et « accident du patient » (14 %, n=120).

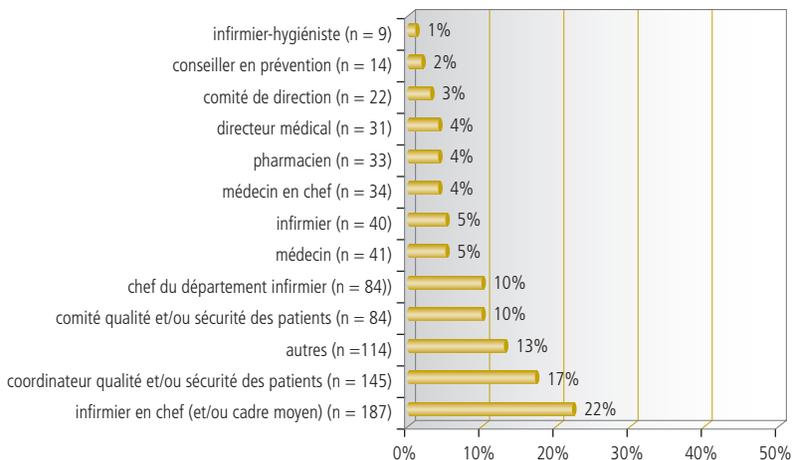
### 3.4.3.2. Responsables du suivi des actions d'amélioration

6 actions d'amélioration formulées sur 10 ont été suivies par un des quatre collaborateurs ou structures de l'hôpital :

l'infirmier en chef (cadre moyen) (22 %, n=187), le coordinateur qualité et/ou sécurité des patients (17 %, n=145), le comité sécurité des patients (10 %, n=84) et le chef du département infirmier (10 %, n=84).

Dans 9 % des actions d'amélioration (n=75) un médecin a été désigné comme responsable de son suivi (médecin, 5 % et médecin en chef, 4 %). Dans 10 % des actions d'amélioration la catégorie « autre » a également été cochée. Exemples : l'équipe de management et du service des urgences, le responsable du service technique, le groupe de travail décubitus, le groupe de pilotage JACIE,... (graphique 7).

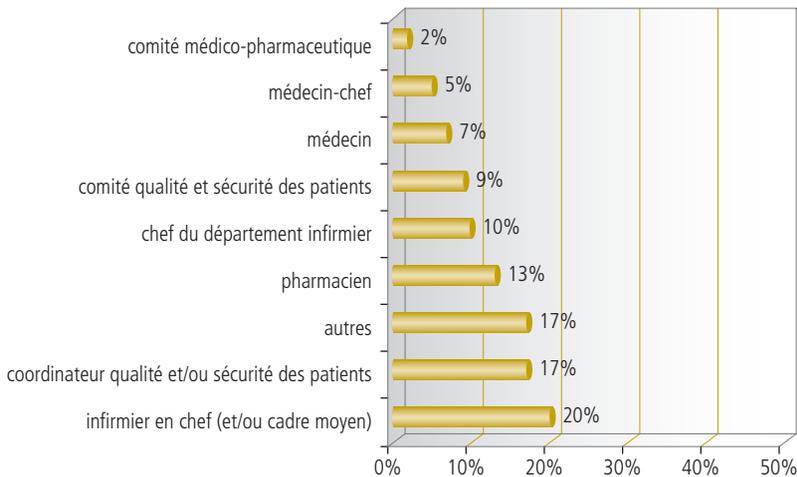
Graphique 7: collaborateurs ou structures de l'hôpital responsables du suivi des actions d'amélioration (n=849)



Etant donné que le type d'incident « médication / liquides IV » a été le type d'incident le plus analysé (n=212), nous avons examiné quels étaient les collaborateurs et/ou structures de l'hôpital responsables du suivi des actions d'amélioration pour ce type d'incident.

1 sur 5 de ces 212 actions d'amélioration concernant l'item « médication / liquides IV » a été suivie par l'infirmier et le chef de service (cadre moyen) (n=42). Le pharmacien a été responsable de 13% des actions d'amélioration (n=28) et le comité médico-pharmaceutique du suivi de cinq actions d'amélioration (2%). Dans 12% des actions d'amélioration, le suivi a été confié à un médecin (7%) ou au médecin en chef (5%) (graphique 8).

**Graphique 8: collaborateurs ou structures de l'hôpital responsables du suivi des actions d'amélioration concernant l'item « médication/liquides IV » (n=212)**



### **3.5. Classification des incidents analysés sur la base du dataset minimum de la taxonomie de l'OMS**

Nous allons maintenant discuter plus en détail des champs obligatoires du minimal dataset. Les résultats reposent sur les cinq incidents que les hôpitaux devaient décrire, analyser et classer en utilisant la taxonomie de l'OMS et en se basant sur le minimal dataset. Il n'a pas été possible, dans ce cadre, de déterminer comment et sur quelle base les hôpitaux ont sélectionné ces cinq incidents, ce qui ne nous permet pas de parler d'un échantillon représentatif. Les résultats ci-dessous doivent donc être interprétés avec circonspection.

Pour la classe « résultats pour le patient », les résultats ont été liés à la méthode d'analyse utilisée. La littérature conseille d'utiliser la méthode d'analyse SIRE pour les incidents grave.

### 3.5.1. Résultats pour le patient (degré de sévérité)

Sur les 871 incidents qui ont fait l'objet d'une analyse rétrospective, le codage pour le degré de sévérité de 857 incidents (98 %) était correct.

Dans 7 incidents analysés sur 10, il n'y a pas de dommage pour le patient ; dans 1 cas sur 5, le dommage est « modéré ». Et pour 1 incident sur 10, les dommages sont « graves » ou le patient est « décédé » (tableau 13). Il convient de souligner que ces chiffres sont basés sur le nombre d'incidents que les hôpitaux ont choisi librement de rapporter et ne peuvent être extrapolés.

**Tableau 13: distribution des degrés de sévérité selon le type d'incident (n=857)**

	n	%
bba	362	42 %
bbb	228	27 %
bbc	168	20 %
bbd	80	9 %
bbe	19	2 %
total	857	100 %

PRISMA a été la méthode la plus utilisée pour analyser les incidents et ceci pour tous les degrés de sévérité (53 %, n=458). La méthode RCA, une méthode qui ressemble fort à la méthode PRISMA a été utilisée dans 15 % des analyses et principalement pour les degrés de sévérité « aucune » (code bba), « légère » (code bbb) et « modérée » (code bbc).

Pour les incidents de degré de sévérité « sévère » (code bbd) et « décès » (code bbe), SIRE a été la méthode la plus utilisée après la méthode PRISMA (respectivement 26 % et 32 %). La méthode *BowTie*, également une méthode prospective, a été utilisée pour l'analyse de 3 % des incidents. Moins d'1 analyse sur 5 (15 %) a été effectuée avec une autre méthode (tableau 14).

**Tableau 14: aperçu des méthodes d'analyse utilisées par degré de sévérité (n=857)**

	PRISMA		RCA		SIRE		BowTie		autre méthode	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
bba	197	54 %	59	16 %	40	11 %	7	2 %	59	16 %
bbb	130	57 %	34	15 %	15	7 %	11	5 %	38	17 %
bbc	76	45 %	30	18 %	28	17 %	8	5 %	26	15 %
bbd	44	55 %	6	8 %	21	26 %	1	1 %	8	10 %
bbe	11	58 %	1	5 %	6	32 %	0	0 %	1	5 %
total	458	53 %	130	15 %	110	13 %	27	3 %	132	15 %

### 3.5.2. Type d'incident

#### 3.5.2.1. Généralités

Au total, 177 hôpitaux ont analysé 871 incidents. Trois types d'incident n'ont pas pu être classés dans le minimal dataset de la taxonomie de l'OMS. Il s'agissait des types d'incident « infections nosocomiales » (n=2) et « agression d'un visiteur » (n=1) (tableau 15).

**Tableau 15: distribution des incidents notifiés et analysés (n=871)**

	incidents notifiés	analysés	%
aa	administration relative aux soins	67	8 %
ab	processus / procédures de soins	177	20 %
ac	documentation	28	3 %
ae	médication / liquides IV	212	24 %
af	sang / produits sanguins	16	2 %
ag	nutrition	17	2 %
ah	oxygène / gaz / produits volatiles	9	1 %
ai	appareil / équipement médical	48	6 %
aj	comportement du personnel / patient	138	16 %
ak	accident du patient	120	14 %
al	infrastructure / bâtiment / adaptations	16	2 %
am	ressources / organisation / gestion	20	2 %
	infection nosocomiale	2	0,2 %
	agression d'un visiteur	1	0,1 %
	total	871	100 %

## Pilier 1 : Système de gestion de la sécurité du patient

Les incidents notifiés les plus souvent analysés concernaient :

- médication / liquides IV (24 %, n=212) ;
- processus / procédures de soins (20 %, n=177) ;
- comportement du personnel / du patient (16 %, n=138) ;
- accident du patient (14 %, n=120).

### 3.5.2.2. Niveau de codage

Pour obtenir un maximum d'informations, il était important que chaque classe et sous-classe soit codée jusqu'au niveau le plus détaillé possible. Il est important d'indiquer pour la classe « comportement du personnel/patient » par exemple, s'il s'agit du comportement du personnel ou du patient. Sans cette information, l'hôpital ne dispose pas de données d'analyses suffisamment détaillées.

**Tableau 16: nombre de sous-classes codées jusqu'au niveau le plus détaillé (n=1351)**

	n codes	codée jusqu'au niveau le plus détaillé	
		n	%
aa administration relative aux soins	135	126	93 %
ab processus-procédure des soins	327	308	94 %
ac documentation	55	46	84 %
ae médication / liquides IV	405	381	94 %
af sang / produits sanguins	36	35	97 %
ag nutrition	34	31	91 %
ah oxygène / gaz / produits volatiles	15	13	87 %
ai appareil / équipement médical	94	81	86 %
aj comportement du personnel / patient	186	143	77 %
ak accident du malade	202	143	71 %
al infrastructure / bâtiment / aménagements fixes	34	23	68 %
am ressources / organisation / gestion	29	21	72 %
total	1552	1351	87 %

87 % des codes attribués étaient corrects et ont pu être analysés. Ceci veut dire que le codage a été effectué jusqu'au niveau le plus détaillé. Pour les classes « comportement du personnel/patient », « ressources/organisation/gestion », « accident du malade » et « infrastructure/bâtiment/aménagements fixes » les codes étaient moins bien définis (resp. 77 %, 72 %, 71 % et 68 %). Pour la classe

---

«sang/produits sanguins» les codes étaient les mieux attribués (97%). Pour «médication/liquides IV», ayant le plus grand nombre de codes attribués, 94% des sous-classes ont été codées jusqu'au niveau le plus détaillé (tableau 16).

Nous allons maintenant discuter plus en détail des quatre types d'incident qui ont été les plus analysés: il s'agit des classes: «médication / liquides IV», «processus / procédure de soins», «accident du patient» et «comportement du personnel / du patient». Ensuite, nous nous arrêterons plus en détail sur la sous-classe «patient erroné» pour tous les types d'incident.

### *3.5.2.3. Médication / liquides IV*

Les codes attribués au niveau le plus détaillé du type d'incident «médication / liquides IV» concernent principalement les sous-classes:

- «administration au patient» (n=104, 27%);
- «médicament erroné» (n=49, 13%);
- «dose / concentration erronée» ou «fréquence d'administration erronée» (n=45, 12%).

### *3.5.2.4. Processus / procédures de soins*

Les codes attribués au niveau le plus détaillé du type d'incident «processus / procédure de soins» concernent surtout les sous-classes:

- «thérapie / intervention» (n=62, 20%);
- «exécution incomplète / incorrecte» (n=55, 18%).

### *3.5.2.5. Accident du patient*

Le type d'incident «chutes» n'est pas repris dans la taxonomie. Les incidents qui concernent des «chutes» sont repris sous la classe «accident du malade». Les sous-classes définies par l'OMS pour les «chutes» ne sont pas toujours claires.

Les codes attribués au niveau le plus détaillé du type d'incident «accidents du patient» concernent principalement les sous-classes:

- «perte d'équilibre» (n=21, 15%);
- «lit» (n=20, 14%);
- «trébuchement» (n=14; 10%);
- «glissade» (n=14, 10%).

### *3.5.2.6. Comportement du personnel / du patient*

Les codes attribués au niveau le plus détaillé du type d'incident «comportement du personnel / du patient» concernent principalement la sous-classe:

## Pilier 1 : Système de gestion de la sécurité du patient

- « comportement du patient » (n=135, 94 %) subdivisé en :
  - « agression physique » (n=44, 33 %);
  - « automutilation / suicide » (n=26, 19 %);
  - « comportement de fuite » (n=17, 13 %).

Les hôpitaux psychiatriques ont enregistré 78 % d'incidents liés à l'agression alors que dans les hôpitaux aigus et Sp il s'agissait respectivement de 18 % et 4 % des cas.

### 3.5.2.7. Patient erroné

La taxonomie prévoit un code spécifique pour tous les incidents liés à un patient erroné. Ces codes se terminent systématiquement par « z ». 9 % (n=82) de tous les codes attribués au niveau le plus détaillé pour la classe « type d'incident » concernent la sous-classe « patient erroné » (tableau 24). Les types d'incidents « documentation » et « administration relative aux soins » sont les plus fréquents (tableau 17).

**Tableau 17: aperçu des types d'incident concernant un patient erroné (n=82)**

		n	%
ac	documentation	46	
acbc *	document pour un patient erroné ou document erroné	8	17 %
aa	administration relative aux soins	126	
aabz	patient erroné	20	16 %
af	sang / produits sanguins	35	
afcz	patient erroné	4	11 %
ah	oxygène / gaz / produits volatiles	13	
ahcz	patient erroné	1	8 %
ae	médication / liquides IV	381	
aecz	patient erroné	26	7 %
ab	processus / procédures de soins	308	
abbz	patient erroné	22	7 %
ag	nutrition	31	
agcz	patient erroné	1	3 %
total		940	
	nombre d'incident concernant un patient erroné	82	9 %

\* ce code était incorrect et a été adapté

### 3.5.3. Résultats pour l'organisation

165 des 177 hôpitaux (93 %) ont indiqué au moins un résultat pour l'organisation. Les hôpitaux pouvaient indiquer maximum quatre résultats pour l'organisation. Au total, 1331 sous-classes ont été codées jusqu'au niveau le plus détaillé. Il s'agit principalement des classes « flux de travail perturbé / retards pour d'autres patients » (n=367, 28 %) et « examens ou traitements supplémentaires » (n=278, 21 %). Des 1086 codes de la classe « hb » seulement 49 codes (5 %) ont été catégorisés jusqu'au niveau le plus détaillé (tableau 18).

Tableau 18: nombre de sous-classes codées jusqu'au niveau le plus détaillé (n=1331)

	n	%
pas de conséquences	17	1 %
ha dégâts matériels aux biens de l'hôpital	33	2 %
hb augmentation des ressources nécessaires pour le patient	49	4 %
hba prolongation de la durée de séjour	86	6 %
hbb admission dans un service spécialisé	82	6 %
hbc examens ou traitements supplémentaires	278	21 %
hbd flux de travail perturbé / retards pour d'autres patients	367	28 %
hbe personnel supplémentaire nécessaire	106	8 %
hbf matériel supplémentaire nécessaire suite à l'incident	121	9 %
hc médiatisation	8	1 %
hd plainte formelle	30	2 %
he atteinte à la réputation de l'hôpital	58	4 %
hf conséquences judiciaires	2	0 %
hg autres	94	7 %
	1331	100 %

### 3.5.4. Caractéristiques de l'incident

Sur les 817 incidents notifiés et analysés pour la classe « caractéristiques de l'incident » (lieu de l'incident) 557 sous-classes ont été codées jusqu'au niveau le plus détaillé. 8 % (n=67) des codes étaient incorrects et 27 % (n=232) inutilisables parce que le codage n'était pas suffisamment détaillé. Pour 15 analy-

ses d'incident cette classe n'a pas été codée. Sur les sous-classes codées, 64 % (n=557) ont été codées jusqu'au niveau le plus détaillé (tableau 19).

**Tableau 19: nombre de sous-classes codées jusqu'au niveau le plus détaillé (n=871)**

pas de code	15	2 %
codes erronés	67	8 %
pas codées jusqu'au niveau le plus détaillé	232	27 %
codées jusqu'au niveau le plus détaillé	557	64 %
	871	100 %

La sous-classe la plus codée dans les hôpitaux psychiatriques a été « traitement » (48 %, n=138). Dans les hôpitaux aigus, les sous-classes les plus codées ont été « soins dans une unité de soins ordinaire » (25 %, n=127) et « soins pendant une procédure spécifique ou dans un service d'hospitalisation » (14 %, n=74).

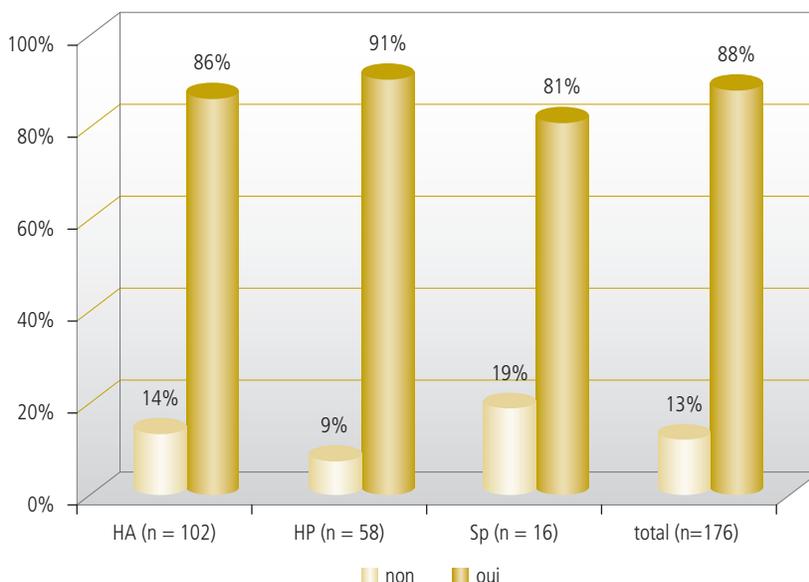
### **3.6. Coordination des initiatives en matière de sécurité des patients par le comité sécurité des patients**

Il a été demandé aux hôpitaux si le comité sécurité des patients était chargé de la coordination des initiatives en matière de sécurité des patients et dans la négative, quel était la structure ou l'organe chargé de cette coordination. Un hôpital aigu n'a pas répondu à cette question.

Dans 88 % des hôpitaux (n=154), le comité sécurité des patients est chargé de la coordination de toutes les activités relatives à la sécurité des patients. Dans les hôpitaux psychiatriques, ce pourcentage est un peu plus élevé : 91 % (n=53). Dans les hôpitaux Sp, le comité sécurité des patients joue un rôle de coordination dans 81 % des cas (n=13) (graphique 9).

Sur les 22 hôpitaux qui ont répondu « non » à cette question, 16 ont spécifié la structure ou l'organe responsable de la coordination des initiatives en matière de sécurité des patients. Les structures les plus citées ont été les « groupes de pilotage qualité et sécurité des patients » (n=4) et le « coordinateur qualité en concertation avec la direction » (n=3). Les neuf autres hôpitaux ont qualifié la structure comme étant « l'équipe qualité », le « service qualité », le « comité de pilotage qualité ».

**Graphique 9: mesure dans laquelle le comité sécurité des patients est chargé de la coordination des initiatives en matière de sécurité des patients (n=176)**



#### **4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE LA PREMIÈRE (2008) ET DE LA TROISIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2010) AVEC LA QUATRIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2011)**

Une mesure de la culture de sécurité des patients a été effectuée en 2008 et en 2011. En 2008, 2010 et 2011 les hôpitaux ont été interrogés sur la notification et l'analyse des incidents et presque incidents.

Une comparaison des résultats de la mesure de la culture de sécurité des patients et de la notification et de l'analyse des incidents entre les différentes années de contrat s'avère donc très certainement opportune.

1. En 2008, 96 % des hôpitaux participants ont effectué une **mesure de la culture de sécurité au niveau de l'ensemble de l'hôpital**. En 2011, 95 % des mesures de la culture de sécurité effectuées l'ont été au niveau de l'ensemble de l'hôpital.
2. Aussi bien le **taux de réponse** des médecins que celui des autres collaborateurs de l'hôpital ont baissé (médiane respectivement de 45 % en 2008 à 39,3 % en 2011 et de 69 % en 2008 à 62,7 % en 2011).

3. En 2008, 80 % des hôpitaux (n=132) ont participé à une **analyse comparative**, en 2011 ce pourcentage était de 93 % (n=141).
4. En 2008, 92 % (n=147) des hôpitaux ont **présenté les résultats** de la mesure de la culture à au moins un groupe de personnes. En 2011, tous les hôpitaux qui ont effectué une deuxième mesure de la culture l'ont fait (n=152). Aussi bien en 2008 qu'en 2011, les résultats ont été présentés, le plus souvent, au comité de direction (respectivement 84 % et 94 %). Les résultats de la deuxième mesure ont été plus souvent présentés au conseil médical (respectivement 69 % en 2011 et 48 % en 2008). Dans 94 % (n=143) des hôpitaux, les résultats de la deuxième mesure de la culture ont été présentés au comité ou au groupe de pilotage qualité et sécurité des patients. Lors de la première mesure de la culture de sécurité ce groupe cible avait été informé dans 23 % des hôpitaux. Les résultats ont été principalement présentés oralement, aussi bien en 2008 (65 %) qu'en 2011 (44 %).
5. En comparaison avec 2008 le nombre de **systèmes de notification et d'apprentissage appliqués à l'ensemble de l'hôpital** a augmenté de 14 %. En 2011, 94 % des hôpitaux belges disposaient d'un système de notification et d'apprentissage des incidents et presque incidents appliqué à l'ensemble de l'hôpital.
6. En comparaison avec 2010, la possibilité de **notification électronique** a peu augmenté. L'augmentation la plus significative se fait au sein des hôpitaux disposant de plus de 600 lits (de 60 %, n=18 en 2010 à 66 %, n=32 en 2011).
7. En 2011, les **patients** pouvaient faire une déclaration d'incidents via un **formulaire de notification spécifique** dans 13 % des hôpitaux participants. En 2010, ce pourcentage a été de 10 %.
8. En 2011, le **minimal dataset** de la taxonomie n'a pas encore été entièrement intégré dans le système de notification et d'apprentissage des hôpitaux. Pour les classes « résultats pour le patient » et « résultats pour l'organisation », on note toutefois une légère progression par rapport à 2010 (respectivement de 96 % à 98 % et de 87 % à 89 %).

Il faut souligner le contexte particulier de ce rapport: les chiffres sont basés sur les cinq incidents que les hôpitaux ont choisi librement de rapporter, il ne peuvent être extrapolés à la situation générale.

9. En 2008, 31 % (n=43) des hôpitaux avaient utilisé des **méthodes spécifiques pour l'analyse des incidents** ou presque incidents. En 2010 et 2011, tous les hôpitaux ont utilisé des méthodes spécifiques pour l'analyse des incidents ou presque incidents. En 2011 la méthode d'analyse rétrospective PRISMA a été utilisée pour 51 % des incidents analysés. En 2010 ce pourcentage était de 64 %.

10. Les types d'incident les plus fréquemment analysés et pour lesquels le plus grand nombre **d'actions d'amélioration** ont été formulées sont : « médication / liquides IV », « processus / procédures de soins », « comportement du personnel / du patient » et « accident du patient » et ceci aussi bien en 2010 qu'en 2011.
11. Pour la classe « **résultats pour le patient** » (degré de sévérité) il n'y a pas eu de différence entre 2010 et 2011 : aucune conséquence (4 sur 10), conséquences légères (1 sur 4), conséquences modérées (1 sur 5), conséquences graves ou décès (1 sur 10).
12. En 2011, 9 % des codes pour « type d'incident » concernaient la sous-classe un « **patient erroné** » ; en 2010 ce pourcentage était de 6 %.
13. Aussi bien en 2010 qu'en 2011, pour la classe « **résultats pour l'organisation** », les codes les plus cités étaient « flux de travail perturbé / retards pour d'autres patients » et « examens ou traitements supplémentaires ».
14. Aussi bien en 2010 qu'en 2011, pour la classe « **caractéristiques de l'incident** » (lieu de l'incident), les codes les plus cités étaient « soins dans une unité de soins ordinaire » et « soins pendant une procédure spécifique ou dans un service d'hospitalisation ». Pour les hôpitaux psychiatriques, le code le plus fréquent était « traitement ».
15. Aussi bien en 2010 qu'en 2011, une **communication** à un ou plusieurs collaborateurs ou structures de l'hôpital a été mise en place pour pratiquement toutes les analyses effectuées (96 % en 2010 et 2011). Entre 2010 et 2011, on note toutefois des différences importantes au niveau de la nature du groupe cible de cette communication sur les résultats des analyses d'incident (tableau 20). Dans la majorité des cas, il y a eu une augmentation.

**Tableau 20: comparaison des résultats entre 2010 et 2011 en ce qui concerne les groupes cibles ayant fait l'objet d'une communication sur les résultats des analyses d'incident effectuées**

	2010	2011
l'infirmier en chef (cadre moyen)	7 %	67 %
le comité qualité et sécurité des patients	6 %	61 %
le coordinateur qualité et/ou sécurité des patients	9 %	60 %
le responsable du département infirmier	7 %	58 %
l'infirmier	1 %	46 %
les médecins	1 %	42 %
le médecin en chef	15 %	38 %
le comité de direction	1 %	29 %

## Pilier 1 : Système de gestion de la sécurité du patient

	2010	2011
le directeur médical	1 %	27 %
autres	16 %	23 %
le directeur général	0,5 %	22 %
le pharmacien	4 %	16 %
le conseiller en prévention	1 %	9 %
l'infirmier – hygiéniste	3 %	8 %
le comité médico-pharmaceutique	1 %	5 %
l'adjoint à la direction	1 %	5 %
le directeur logistique	1 %	5 %
le directeur administratif	0,3 %	5 %
le médecin hygiéniste	0 %	4 %
la commission d'évaluation de la qualité des soins	0,1 %	3 %
le directeur financier	5 %	3 %
le comité d'hygiène hospitalière	0,1 %	2 %
le comité transfusion	1,3 %	2 %
le directeur de l'informatique	2 %	2 %
le comité de concertation permanente entre le gestionnaire et les médecins	14 %	1 %

16. En 2011, le **comité sécurité des patients** était responsable de la coordination de toutes les initiatives en matière de sécurité des patients dans 88 % des hôpitaux. En 2009 ce pourcentage était de 74 %.

## 5. DISCUSSION

1. Les résultats et les conclusions ci-dessus reposent sur les rapports tels qu'ils ont été présentés par les hôpitaux pour l'année de contrat 2011. Le SPF Santé publique ne dispose pas de la possibilité d'étudier de manière approfondie si les données présentées sont fidèles à la réalité.
2. Lors du traitement des résultats, on a constaté que la majorité des hôpitaux avaient répondu avec sérieux aux questions relatives au pilier 1 mais que tous les hôpitaux n'ont pas répondu à toutes les questions.
3. Pratiquement tous les hôpitaux ont effectué **une mesure de la culture** au niveau de l'ensemble de l'hôpital. La majorité des hôpitaux ont comparé les résultats des deux mesures de la culture et ont participé à une analyse comparative externe coordonnée par l'Université de Hasselt.

- 
4. La majorité des hôpitaux ont classé les incidents ou presque incidents selon **la taxonomie de l'OMS** mais tous les hôpitaux n'ont pas intégré le minimal dataset dans leur système de notification et d'apprentissage comme cela avait été demandé.
  5. Les classes et les sous-classes de la taxonomie de l'OMS ne sont pas toujours codées jusqu'au niveau le plus détaillé. Cela signifie que de nombreuses informations essentielles sont perdues. Si l'on veut, à terme, collecter les données entre les hôpitaux, services et/ou spécialités, il est crucial que le codage puisse être effectué correctement et par voie électronique.
  6. Dans la taxonomie de l'OMS, certains types d'incident, notamment les chutes, les escarres, les agressions ou les incidents de radiothérapie ne sont pas suffisamment développés. Cela pousse les hôpitaux à se créer des codes qui leur sont propres, ou à utiliser un autre système de notification et d'apprentissage pour ces types d'incident. Le groupe de travail taxonomie répond à cette problématique en développant des *common lists* (par exemple : « comportement de tiers ») supplémentaires et a également prévu quelques possibilités d'intégrer certains types d'incident spécifiques (notamment les incidents en radiothérapie) dans la taxonomie. L'objectif est en effet, à terme, d'évoluer vers un portail **de notification et d'apprentissage central (électronique)** dans chaque hôpital **pour TOUS les incidents** liés aux soins aux patients. Les hôpitaux sont demandeurs et le fait de disposer d'un portail de notification et d'apprentissage central intégré des incidents et presque incidents est une recommandation importante pour l'Europe<sup>11</sup>.
  7. La notification et la classification des incidents et presque incidents ne constituent pas un but en soi. Il est bien plus important que les **analyses** soient effectuées pour permettre de déterminer ce qui n'a pas fonctionné et pour pouvoir mettre en place des actions d'amélioration ciblées. 1 hôpital sur 5 n'a analysé aucun incident du degré de sévérité « modérée », « sévère » et « décès ».
  8. Ces dernières années, les hôpitaux ont amélioré leurs connaissances des méthodes d'analyse spécifiques, soit via les workshops organisés par le SPF Santé publique sur PRISMA et sur SIRE, soit par le biais de formations données par des instituts ou organismes de formations externes.
  9. Pour les incidents graves, la méthode d'analyse rétrospective la plus utilisée a été la méthode PRISMA, même si la littérature recommande l'utilisation de la méthode SIRE.

---

11 Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety (2009/C151/01).

10. Les résultats des analyses d'incident effectuées sont fréquemment **communiqués** aux médecins, médecins en chef et infirmiers (aussi les infirmiers en chef et les responsables des départements infirmiers).
11. Les incidents notifiés et analysés concernaient le plus souvent la **médication**. Il est frappant de constater que le pharmacien hospitalier n'est informé des résultats des analyses effectuées que dans moins de la moitié des cas. Le comité médico-pharmaceutique n'est lui informé des résultats des analyses effectuées que dans 1 cas sur 5. Le pharmacien hospitalier et le comité médico-pharmaceutique ne sont responsables que d'un nombre limité d'actions d'amélioration concernant la médication.
12. Le **comité sécurité des patients** joue un rôle important dans l'établissement hospitalier : très souvent, il est chargé de la coordination de toutes les initiatives en matière de sécurité des patients et il est impliqué dans la communication et le suivi des actions d'amélioration résultant des analyses d'incident.

En conclusion, on peut dire que la mise en place d'un système de gestion de la sécurité des patients dans les hôpitaux belges est en évolution constante. Année après année, les hôpitaux travaillent sur plusieurs éléments clés de ce système. On constate des tendances positives. La mesure de la culture de sécurité des patients est importante pour les hôpitaux. Ils améliorent sans cesse leurs connaissances relatives aux analyses rétrospectives des incidents, et à l'utilisation de la taxonomie. Les résultats des analyses d'incident sont souvent communiqués aux prestataires de soins. Le rôle et l'importance du comité sécurité des patients devient lui aussi de plus en plus explicite.

On note une marge d'amélioration possible au niveau de la mise en place d'un portail de notification et d'apprentissage central des incidents et presque incidents. Idéalement, les notifications devraient se faire par voie électronique et tous les acteurs concernés doivent viser l'intégration de tous les types d'incident dans un portail de notification et d'apprentissage qui couvre l'ensemble de l'hôpital.

L'analyse de tous les incidents à partir du degré de sévérité « modérée » n'est pas la norme.

La participation active du corps médical et infirmier, des directions des hôpitaux et de tous les autres prestataires de soins est et reste essentielle pour la mise en place d'un système de gestion de la sécurité des patients intégré.



## CHAPITRE 2.

# PILIER 2: PROCESSUS DE SOINS INTRA-MUROS ET DE SOINS TRANSMURAUX

Ce chapitre se divise en deux parties. La première traite de l'analyse et du (re) développement d'un processus de soins intra-muros, la deuxième de l'analyse d'un processus de soins transmuraux.

### PROCESSUS DE SOINS INTRA-MUROS

#### *Conclusions clés concernant le processus de soins intra-muros*

Les conclusions clés ci-dessous portent sur **176 processus d'amélioration** : 102 hôpitaux aigus, 58 hôpitaux psychiatriques et 16 hôpitaux Sp.

60 % des processus d'amélioration présentés concernent des processus de soins intra-muros, 24 % ont trait au transfert des patients (intra-muros ou sur un même site) et 16 % ont été mis en place suite à une analyse rétrospective d'incident du pilier 1.

Dans les **hôpitaux aigus**, les processus d'amélioration présentés concernent, dans la moitié des cas, des processus de soins intra-muros. Les pathologies les plus fréquemment choisies sont l'AVC, la prothèse totale du genou, prothèse totale de la hanche et le carcinome mammaire. Les processus d'amélioration intra-muros présentés dans le cadre d'une analyse d'incident du pilier 1 concernent surtout la médication (n=6), l'identification des patients (n=4) et la « Safe Surgery » (n=4).

Dans les **hôpitaux psychiatriques**, 80 % des processus de soins intra-muros concernent des priorités stratégiques des établissements et principalement la médication (n=10) et le syndrome métabolique (n=7). Les processus de soins intra-muros relatifs aux agressions concernent principalement la réaction aux agressions et leur gestion.

Dans les **hôpitaux Sp**, 56 % des processus de soins intra-muros concernent des pathologies pour lesquelles un nombre élevé d'admissions a été réalisé en 2010. 25 % des processus de soins intra-muros ont été initiés dans le cadre d'une analyse rétrospective d'incident du pilier 1.

60 % des hôpitaux ont choisi de poursuivre le processus intra-muros entamé en 2010.

Les nouveaux processus d'amélioration de soins intra-muros présentés en 2011 ont donné lieu à la constitution d'une **équipe multidisciplinaire**. En 2010, seulement trois hôpitaux ne l'avaient pas fait.

Les hôpitaux aigus ont conclu plus de conventions de type **Service Level Agreements (SLA)** pour les processus d'amélioration présentés en 2011. Les hôpitaux psychiatriques et Sp, en comparaison, ont moins développé ce type de conventions pour l'année 2011.

Presque 6 processus de soins intra-muros sur 10 (58 %, n=62) présentés en 2010 ont atteint la **phase de pérennisation**, contre seulement 30 % (n=21) pour les nouveaux processus de soins intra-muros en 2011.

Sur une durée de deux ans, 20 % des processus d'amélioration pour les transferts intra-muros et 25 % des processus d'amélioration découlant d'un incident analysé n'ont pas atteint la phase de pérennisation.

Sur les 176 processus d'amélioration présentés, 812 **indicateurs** ont été formulés: 41 % de processus, 35 % de résultat et 24 % de structure.

73 % (n=593) des indicateurs ont été utilisés pour le **suivi des actions d'amélioration**.

Le plus grand nombre de valeurs cibles concernent des indicateurs de structure (63 %), des indicateurs de processus (61 %) et de résultat (57 %).

87 % des indicateurs ont été formulés avec un **numérateur et un dénominateur**.

La **comparaison** des résultats de la deuxième (2009) et de la troisième année de contrat (2010) avec la quatrième année de contrat (2011) mène aux conclusions suivantes :

- en 2011, les hôpitaux ont choisi moins de processus de soins intra-muros (70 % en 2009, 70 % en 2010 et 60 % en 2011) ;
- en 2011, 16 % des processus d'amélioration intra-muros ont été développés suite à un incident analysé dans le cadre du pilier 1. Soit une augmentation de 9 % en comparaison avec 2010 ;
- en 2011, le syndrome métabolique demeure une priorité pour les hôpitaux psychiatriques ;
- les nouveaux processus de soins intra-muros présentés en 2011 ont tous donné lieu à la constitution d'une équipe multidisciplinaire. Pour les processus de soins intra-muros de 2010, c'était le cas pour 97 %. Soit un pourcentage plus important qu'en 2009 (73 %), mais comparable à 2010 (98 %) ;
- en 2011, pour 1 processus de soins intra-muros sur 5 présenté en 2010, des conventions de type *Service Level Agreements* (SLA) ont été conclues. Ceci est comparable à 2009. En 2011, pour 23 % des nouveaux processus de soins intra-muros des conventions SLA ont été conclues. En 2010, cela était le cas pour 1 processus de soins intra-muros sur 3 ;
- pour les processus de soins intra-muros présentés en 2010, 58 % des hôpitaux ont exécuté le plan en 10 étapes dans sa totalité, ce pourcentage est de 30 % pour les nouveaux processus présentés en 2011. Ce pourcentage est plus significatif en comparaison avec 2009 (14 %). En 2010, les hôpitaux ont eu un an et demi pour pérenniser les processus et pour 42 % de ceux-ci le plan en 10 étapes a été exécuté en sa totalité ;
- des indicateurs ont été formulés pour tous les processus de soins intra-muros. C'était le cas pour 66 % des processus en 2009 et pour 95 % des processus en 2010 ;
- le pourcentage d'indicateurs pour lesquels un numérateur et un dénominateur ont été définis est passé de 20 % en 2010 à 87 % en 2011 ;
- la fixation des valeurs cibles pour les indicateurs était de 1 % en 2008, ce pourcentage est de 61 % en 2011.

---

## 1. INTRODUCTION

Dans le cadre du contrat 2011, les hôpitaux devaient choisir et analyser un processus d'amélioration qui concernait soit un processus de soins intra-muros existant, soit un nouveau processus de soins intra-muros, soit un processus de transferts intra-muros ou soit un processus d'amélioration intra-muros découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1.

Comme en 2009 et en 2010, nous avons, lors de l'analyse des rapports, fait une distinction entre les trois types d'hôpitaux (aigus, psychiatriques et Sp).

## 2. CONTEXTE ET METHODOLOGIE

En 2011, il a une nouvelle fois été demandé aux hôpitaux :

- de 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 ;
- d'indiquer, pour le processus (la partie de processus) intra-muros sélectionné, si une équipe multidisciplinaire avait été constituée pour ce processus ;
- d'indiquer si des *Service Level Agreements* (SLA) avaient été utilisés ;
- de (re)développer, d'améliorer et/ou de (ré)analyser le processus (ou partie de processus) intra-muros sélectionné suivant un plan en 10 étapes ;
- de décrire cinq indicateurs de suivi du processus d'amélioration sélectionné. Il était obligatoire de décrire au moins un indicateur de structure, un indicateur de processus et un indicateur de résultat. Les hôpitaux pouvaient aussi, facultativement, décrire deux autres indicateurs supplémentaires (au choix entre un indicateur de structure, de processus ou de résultat). Pour ces indicateurs, il leur était explicitement demandé de spécifier un numérateur et un dénominateur, d'indiquer si cet indicateur avait été suivi systématiquement et si des valeurs cibles avaient été fixées.

En 2011, les hôpitaux qui n'avaient pas atteint la phase de continuité pour le processus choisi en 2010 ont eu la possibilité de poursuivre ce processus.

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

### 2.1. Définitions

Lors du traitement des résultats, une distinction est faite 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. Voici une définition de chacune de ces notions.

- 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, l'agression ou les pathologies ayant représenté un nombre élevé d'admissions en 2010 ;
  - dans les hôpitaux Sp: processus basés sur les pathologies ayant représenté un nombre élevé d'admissions en 2010.
- Processus de transfert intra-muros :
  - processus de transfert à l'intérieur d'un seul hôpital ou site ;
  - processus de transfert entre différents sites d'un même hôpital.
- Processus d'amélioration intra-muros découlant d'un incident :  
depuis la troisième année de contrat, les hôpitaux peuvent également choisir un processus d'amélioration mis en place à la suite de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1 pour lequel il était demandé de procéder à l'analyse rétrospective de cinq incidents (*cf.* description du pilier 1).

## 2.2. Processus d'amélioration sélectionnés

Les **hôpitaux aigus**, pouvaient choisir entre :

1. un processus de transfert intra-muros ;
  2. un processus d'amélioration intra-muros, mis en place à la suite de 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)<sup>12</sup> ;
  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 pour lesquelles des données sont disponibles, pour lesquelles il existe un résumé clinique minimum (RCM) ou pour lesquelles des processus de soins à caractère multidisciplinaire ont déjà été élaborés.
- Les processus de soins sélectionnés concernent 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) ;

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

- 
- cholécystectomie par voie laparotomique (FMH);
  - 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 entre :

- un processus (ou partie de processus) intra-muros relatif à l'agression;
- un processus (ou partie de processus) intra-muros qui représente une priorité en matière de politique de gestion;
- un processus (ou partie de processus) intra-muros pour lequel il y a eu un nombre élevé d'admissions en 2010;
- un processus de transfert intra-muros;
- un processus d'amélioration intra-muros, initié à la suite de l'analyse rétrospective d'un incident dans le cadre du pilier 1.

Quant aux **hôpitaux Sp**, ils pouvaient choisir entre :

- un processus (ou partie de processus) intra-muros ayant représenté un nombre élevé d'admissions en 2010;
- un processus de transfert intra-muros;
- 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. Constitution d'une équipe multidisciplinaire**

Pour l'amélioration et/ou l'analyse d'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 contribuer à susciter un engouement dans la phase d'implémentation. Pour cette raison, il est conseillé d'impliquer, dans cette phase, la direction, les médecins et les gestionnaires de soins.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> [www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl).

#### 2.4. Utilisation de Service Level Agreements

En ce qui concerne l'analyse et le (re)développement d'un processus, les hôpitaux sont encouragés à conclure des *Service Level Agreements* (SLA) à titre de soutien. Il ne s'agit toutefois pas d'une obligation.

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 la qualité des soins. Les hôpitaux peuvent, par exemple, mettre en place des SLA entre, d'une part, les services de soutien (par exemple 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 optimisées.<sup>14</sup>

#### 2.5. Plan en 10 étapes

La méthode utilisée pour l'élaboration, l'amélioration ou l'analyse du processus d'amélioration comprend pour chacun des trois types d'hôpitaux, au moins les 10 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 ;

---

14 [www.vlerick.be](http://www.vlerick.be); [www.medinews.be](http://www.medinews.be).

- 
6. développement de la version définitive du processus;
  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.

Cette méthode est imposée depuis la deuxième année de contrat (2009).

### **2.6. Indicateurs**

Les indicateurs de soins sont des aspects mesurables des soins qui fournissent une indication sur la qualité des soins. Au cours de la troisième année de contrat (2010), nous avons constaté que les indicateurs formulés étaient surtout des indicateurs de processus. De plus, seulement 1 indicateur sur 5 pouvait être considéré comme un véritable indicateur (suffisamment spécifique et comprenant un numérateur et un dénominateur). C'est pour ces raisons qu'en 2011 (soit pour la quatrième année de contrat), l'accent a été mis sur la formulation d'indicateurs aussi bien de structure que de processus ou encore de résultat. Il a été explicitement demandé aux hôpitaux de formuler au moins trois indicateurs avec numérateur et dénominateur.

Les résultats du pilier 2 ont été remplis par les hôpitaux sur un document de rapportage standardisé (Excel), conçu par le SPF Santé publique. Les données quantitatives et qualitatives ont fait l'objet d'une analyse, au niveau national – et lorsque cela est pertinent – par type d'hôpital.

## **3. RÉSULTATS**

Les résultats sont subdivisés en trois 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) ;
- les caractéristiques des processus d'amélioration présentés (suivant la méthodologie en 10 étapes) ;
- les indicateurs.

Enfin, les résultats de la quatrième année de contrat (2011) ont été comparés aux résultats de la deuxième année de contrat (2009) et de la troisième année de contrat (2010).

### 3.1. Processus d'amélioration

Nous reprenons ci-dessous un aperçu global des processus d'amélioration présentés en faisant une distinction entre processus de soins intra-muros, processus de transferts intra-muros et processus d'amélioration intra-muros dans le cadre d'une analyse rétrospective d'incident du pilier 1. Les chiffres et la nature des processus d'amélioration sont ensuite repris, d'abord pour l'ensemble des hôpitaux, puis par type d'hôpital (aigus, psychiatriques et Sp). En 2011, les hôpitaux avaient également la possibilité de continuer à travailler sur un processus entamé au cours de la troisième année de contrat (2010).

#### 3.1.1. Processus d'amélioration présentés

Pour 179 hôpitaux participants au contrat 2011, nous avons reçus 177 rapports et avons analysé 176 processus d'amélioration. Deux hôpitaux ont fusionné dans le courant de l'année 2011 et n'ont présenté qu'un seul rapport, tandis qu'un autre **hôpital** n'a rentré aucun rapport pour l'année de contrat 2011. Un hôpital aigu n'a pas rentré de rapport sur le pilier 2. Des « raisons organisationnelles » l'en ont empêché (tableau 1). Enfin, 60% des hôpitaux (n=106) ont choisi de poursuivre un processus d'amélioration de 2010 en 2011.

Tableau 1: nombre de processus d'amélioration présentés, pour l'ensemble des hôpitaux et par type d'hôpital

	HA	HP	Sp	total
n hôpitaux participants	104	59	16	<b>179</b>
n rapports reçus	103	58	16	<b>177</b>
n processus d'amélioration	102	58	16	<b>176</b>

#### 3.1.2. Nature des processus d'amélioration présentés

60 % des processus d'amélioration sont des processus de soins intra-muros, 24 % concernent des transferts intra-muros. 86 % (36 sur 42) de ces processus de transfert intra-muros concernent des transferts intra-muros au sein d'un même hôpital ou d'un même site. 16 % des processus d'amélioration découlent d'une analyse rétrospective d'incident du pilier 1 (tableau 2).

**Tableau 2: nature des processus d'amélioration présentés, pour l'ensemble des hôpitaux belges et par type d'hôpital**

	HA		HP		Sp		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
processus de soins intra-muros	50	49%	46	79%	9	56%	105	60%
processus de transfert intra-muros	31	30%	8	14%	3	19%	42	24%
processus d'amélioration intra-muros découlant d'une analyse rétrospective d'incident du pilier 1	21	21%	4	7%	4	25%	29	16%
total	102	100%	58	100%	16	100%	176	100%

### 3.1.3. Processus d'amélioration dans les hôpitaux aigus

Au total, les hôpitaux aigus ont présenté 102 processus d'amélioration (sur un total de 103 rapports reçus).

49% (n=50) des processus d'amélioration sélectionnés concernent un processus de soins intra-muros. 44 de ces processus (90%), sont issus de la liste préétablie des pathologies.

La moitié des processus de soins présentés concernent quatre pathologies spécifiques: l'accident vasculaire cérébral (18%), la prothèse totale du genou (12%), la prothèse totale de la hanche (10%) et le carcinome mammaire (10%).

Les autres processus sont des processus cliniques relatifs notamment à la lutte contre la douleur, un trajet clinique arthroïdèse, un processus d'amélioration dans le cadre de la prescription électronique et un sur la « Safe Surgery » (tableau 3).

21 processus d'amélioration ont été initiés à la suite de l'analyse d'un incident dans le cadre du pilier 1. Ils concernent les thèmes suivants:

- médication (n=6): conservation des médicaments, éducation à l'utilisation des aérosols, traitement médicamenteux des patients épileptiques admis dans une unité de soins classique, amélioration de la communication des informations après la quasi administration d'un médicament auquel le patient est allergique, extravasation des cytostatiques par PAC, placement d'un cathéter implanté;

- identification des patients (n=4): transfusion erronée, traitement erroné, port de bracelets d'identification au bloc opératoire;
- « Safe Surgery » (n=4): opération du mauvais côté, introduction d'une checklist Safe Surgery au bloc opératoire après l'implantation d'un cristallin erroné dans une opération de la cataracte, processus d'amélioration relatif au matériel stérile à l'occasion d'un risque accru d'infections nosocomiales, introduction d'une procédure de time-out;
- chutes (n=2): analyse des tendances des incidents de chute, identification des patients à risque à l'aide de l'échelle de Huhn;
- fixation (n=2): politique de fixation;
- douleur (n=1): suivi et mesure de la douleur, traitement de la douleur par l'application d'un protocole de la douleur au niveau de l'ensemble de l'hôpital;
- processus d'admission des patients psychiatriques aux urgences (n=1);
- transfert des informations, préopératoire (n=1).

31 processus d'amélioration concernent un processus de transfert intra-muros (30 %), principalement des transferts au sein d'un même hôpital ou d'un même site.

**Tableau 3: nature des processus d'amélioration présentés par les hôpitaux aigus (n=102)**

	n	%
césarienne	1	2 %
insuffisance cardiaque congestive	1	2 %
thrombose veineuse profonde	1	2 %
carcinome colorectal	1	2 %
mortalité hospitalière	1	2 %
diabète	1	2 %
lutte contre la douleur chronique (suite)	1	2 %
prescription électronique des médicaments	1	2 %
trajet clinique arthrodeuse	1	2 %
processus dans le cadre d'une « chirurgie sûre »	1	2 %
cholécystectomie par voie laparoscopique	2	4 %
infarctus aigu du myocarde (IAM)	2	4 %
accouchement par voie vaginale	3	6 %
fracture de la hanche	4	8 %

hernie inguinale	4	8 %
carcinome mammaire	5	10 %
prothèse totale de la hanche	5	10 %
prothèse totale du genou	6	12 %
accident vasculaire cérébral (AVC)	9	18 %
<i>total des processus de soins intra-muros</i>	<i>50</i>	<i>49 %</i>
<i>processus d'amélioration suite à une analyse rétrospective d'incident du pilier 1</i>	<i>21</i>	<i>21 %</i>
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	5	16 %
transfert intra-muros au sein d'un même hôpital ou d'un même site	26	84 %
<i>total des processus de transfert intra-muros</i>	<i>31</i>	<i>30 %</i>
<b>total</b>	<b>102</b>	<b>100 %</b>

### 3.1.4. Processus d'amélioration dans les hôpitaux psychiatriques

Au total, les hôpitaux psychiatriques ont mis en place 58 processus d'amélioration.

46 processus d'amélioration présentés sont des processus de soins. 80 % d'entre eux concernent une priorité en matière de politique de gestion (n=37), 15 % les agressions (n=7) et 4 % les processus de soins en lien avec un nombre élevé d'admissions enregistré en 2010 (n=2).

Parmi les 46 processus d'amélioration présentés, huit concernaient des transferts intra-muros, principalement au sein d'un même hôpital ou d'un même site (tableau 4).

Les priorités les plus fréquentes en matière de politique de gestion pour lesquelles des projets d'amélioration ont été élaborés concernent : médication (n=10), « syndrome métabolique » (n=7), le dossier patient informatisé (n=4), le processus de sortie (n=3), le processus d'admission (n=3) et l'isolement (n=2). Les huit autres priorités en matière de politique de gestion pour lesquelles des actions d'amélioration ont été initiées sont :

- la gestion de crise ;
- l'actualisation du plan de politique de gestion ;
- la gestion des incidents ;
- la procédure de plainte ;
- l'information du patient ;
- le suicide ;
- les chutes en gérontopsychiatrie ;
- les mesures de restriction de liberté.

Les processus de soins en lien avec les agressions (n=7) concernent principalement la réaction aux agressions et leur gestion, la formation et la prise en charge des collaborateurs impliqués dans un incident d'agression. Les processus concernent également la mesure de la satisfaction des patients par rapport à la gestion des agressions.

Deux hôpitaux ont initié un processus de soins qui concernait le nombre élevé d'admissions en 2010. Ces hôpitaux n'ont pas spécifié le processus d'amélioration choisi.

Quatre hôpitaux psychiatriques ont mis en place un processus d'amélioration à la suite d'une analyse rétrospective d'incident du pilier 1 ayant pour thème le processus de distribution des médicaments, l'incendie dans la chambre d'un patient et une meilleure gestion des consultations extra-muros.

**Tableau 4: nature des processus d'amélioration présentés par les hôpitaux psychiatriques (n=58)**

	n	%
priorité en matière de politique de gestion	37	80 %
agressions	7	15 %
nombre élevé d'admissions en 2010	2	4 %
<i>total des processus de soins</i>	46	79 %
processus d'amélioration sur la base des incidents analysés du pilier 1	4	7 %
transferts intra-muros au sein d'un même hôpital ou d'un même site	7	88 %
transferts intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	1	13 %
<i>total des processus de transfert intra-muros</i>	8	14 %
<b>total</b>	<b>58</b>	<b>100 %</b>

### 3.1.5. Processus d'amélioration dans les hôpitaux Sp

Ensemble, les hôpitaux Sp ont présenté 16 processus d'amélioration (tableau 5).

56 % des processus d'amélioration sont des processus de soins intra-muros et concernent les pathologies pour lesquelles il y a eu un nombre élevé d'admissions en 2010. Quatre processus d'amélioration ont été initiés à la suite d'une analyse rétrospective d'un incident du pilier 1.

Neuf hôpitaux ont initié un processus de soins concernant le nombre élevé d'admissions réalisées en 2010. Ces hôpitaux n'ont pas spécifié le processus d'amélioration choisi.

Les quatre processus d'amélioration initiés à partir de l'analyse d'incident du pilier 1 concernaient le processus de distribution des médicaments, la nutrition entérale, l'aérosolthérapie et un processus d'amélioration concernait la gestion de la sortie de l'hôpital suite à une famille ayant posé des problèmes.

Trois hôpitaux ont présenté un processus d'amélioration relatif au transfert intra-muros au sein d'un même hôpital ou d'un même site.

**Tableau 5: nature des processus d'amélioration présentés par les hôpitaux Sp (n=16)**

	n	%
nombre élevé d'admissions en 2010	9	56 %
<i>total des processus de soins intra-muros</i>	9	56 %
processus d'amélioration découlant de l'analyse d'un incident du pilier 1	4	25 %
transfert intra-muros au sein d'un même hôpital ou d'un même site	3	100 %
transfert intra-muros entre différents sites d'un même hôpital	0	0 %
<i>total des processus de transfert intra-muros</i>	3	19 %
<b>total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>

### 3.2. Caractéristiques des processus d'amélioration présentés

L'analyse ci-dessous porte sur deux éléments spécifiques: les nouveaux processus de soins intra-muros de 2011 et les processus de soins présentés en 2010 que les hôpitaux ont décidé de poursuivre durant l'année de contrat 2011. 60 % des hôpitaux ont pris la décision de poursuivre en 2011 le processus initié en 2010. En comparaison avec les hôpitaux aigus (53 %, n=54) cela était plus le cas dans les hôpitaux psychiatriques (72 %, n=42) et les hôpitaux Sp (63 %, n=10) (tableau 6).

Dans le cadre des contrats 2011, le SPF Santé publique a demandé si une équipe multidisciplinaire avait été constituée pour l'analyse et/ou l'amélioration du processus de soins intra-muros sélectionné, si des SLA avaient été conclus et la mesure dans laquelle le processus avait été pérennisé.

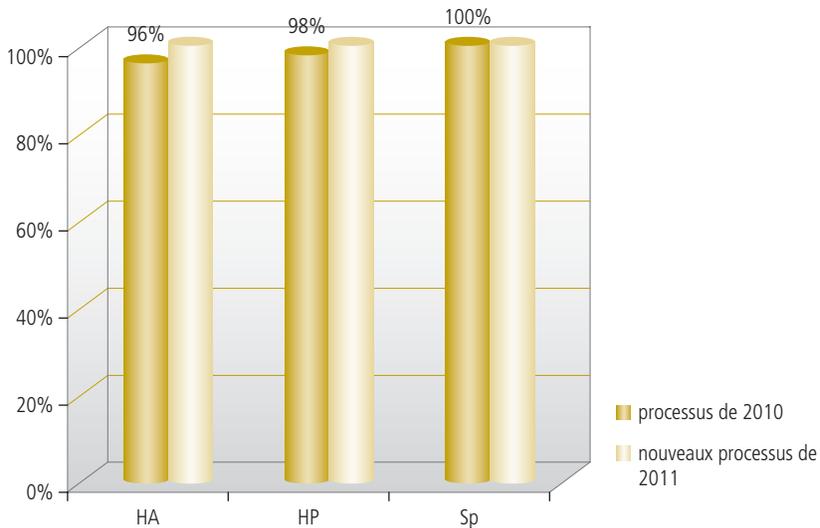
**Tableau 6: nombre d'hôpitaux qui ont décidé de poursuivre un processus de soins intra-muros de 2010 ou d'initier un nouveau processus de soins intra-muros**

	HA		HP		Sp		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
processus de soins intra-muros de 2010	54	53 %	42	72 %	10	63 %	106	60 %
nouveau processus de soins intra-muros de 2011	48	47 %	16	28 %	6	38 %	70	40 %
total	102	100 %	58	100 %	16	100 %	176	100 %

**3.2.1. Constitution d'une équipe multidisciplinaire**

Tous les nouveaux processus de soins intra-muros présentés en 2011 ont donné lieu à la constitution d'une équipe multidisciplinaire. Ceci est crucial pour la phase d'implémentation du processus. Pour les processus de soins intra-muros de 2010, deux hôpitaux aigus et un hôpital Sp n'ont pas constitué une équipe multidisciplinaire (graphique 1).

**Graphique 1: % des hôpitaux qui ont constitué une équipe multidisciplinaire, par type d'hôpital**

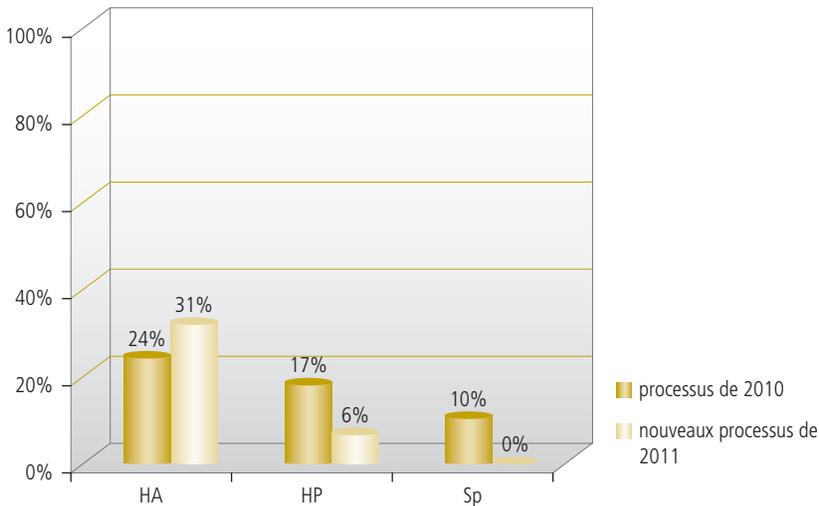


Les questions posées n'ont pas permis de vérifier la composition de l'équipe multidisciplinaire.

### 3.2.2. Utilisation des Service Level Agreements

Les hôpitaux peuvent librement recourir aux SLA. Nous constatons de par le graphique 2 que pour les hôpitaux aigus, les SLA ont été un peu plus utilisés pour les nouveaux processus de soins intra-muros que les processus de soins intra-muros de 2010 (+7%). Pour les hôpitaux psychiatrique et Sp au contraire, les SLA ont été moins utilisés pour les nouveaux processus de soins intra-muros que pour les processus de soins intra-muros de 2010.

Graphique 2: utilisation des *Service Level Agreements*, par type d'hôpital



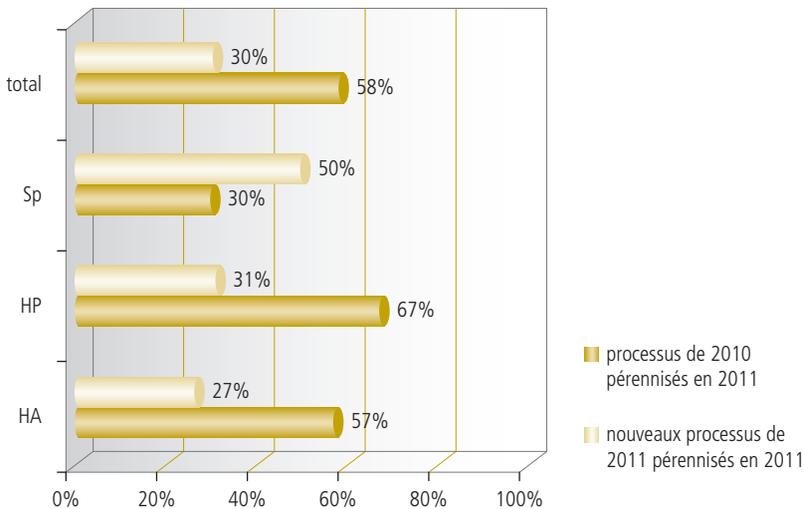
### 3.2.3. Niveau de pérennisation

47 % (n=83) des 176 processus de soins intra-muros de 2011 ont été pérennisés fin décembre 2011.

106 hôpitaux ont indiqué avoir poursuivi un processus intra-muros de 2010 en 2011. 70 hôpitaux ont choisi un nouveau processus de soins intra-muros. La mesure dans laquelle les étapes respectives du plan en 10 étapes ont été atteintes pour les processus de 2010 et les nouveaux processus de 2011 a été

analysée. 58 % (n=62) des processus de soins de 2010 ont atteint la phase de pérennisation en 2011. Pour les nouveaux processus de soins intra-muros ce pourcentage s'élève à 30 % (graphique 3). Entre les hôpitaux aigus et psychiatriques l'on observe pas de grande différence, contrairement aux hôpitaux Sp où seulement 3 processus de soins intra-muros de 2010 sur 10 ont atteint la phase de pérennisation. Pour les nouveaux processus de soins intra-muros cela était le cas pour 50 % des cas.

**Graphique 3: degré de pérennisation des processus de soins intra-muros de 2011 (n=176)**



Afin de commenter au mieux les résultats, les pourcentages des processus de soins intra-muros pérennisés de 2010 sont indiqués dans le tableau 7 ci-dessous. Le pourcentage comprend également les processus de soins intra-muros qui n'ont pas été poursuivis en 2011.

En 2010, 42 % des processus de soins intra-muros ont atteint la phase de pérennisation (n=73). 62 (58 %) processus de soins intra-muros entamés en 2010 et poursuivis en 2011 sur 106 ont été pérennisés. Ceci signifie que parmi tous les processus de soins intra-muros entamés en 2010, 77 % (n=135) ont atteint la phase de pérennisation pour fin 2011. Sur un délai de deux ans, 1 processus intra-muros sur 4 n'a pu être pérennisé.

Tableau 7: processus de soins de 2010 pérennisés

	n	%
processus de soins intra-muros de 2010 pérennisés en 2010	73	42 %
processus de soins intra-muros de 2010 pérennisés en 2011	62	58 %
processus de soins intra-muros de 2010 pérennisés pour fin 2011	135	77 %

Les 44 processus intra-muros de 2010 qui n'ont pas atteint la phase de pérennisation concernent :

- transfert intra-muros (n=8);
- priorités stratégiques des établissements (n=7);
- processus découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1 (n=7);
- pathologies pour lesquelles un nombre élevé d'admissions a été réalisé en 2010 (n=6).

Les autres processus de soins intra-muros qui n'ont pas atteint la phase de pérennisation sur un délai de deux ans concernent la prothèse totale du genou (n=3), l'agression (n=3), l'AVC (n=3), le carcinome mammaire (n=2), la cholécystectomie par voie laparoscopique (n=1), la lutte contre la douleur chronique (n=1), le processus d'amélioration dans le cadre de la prescription électronique (n=1), la hernie inguinale (n=1) et un processus dans le cadre de la « Safe Surgery » (n=1).

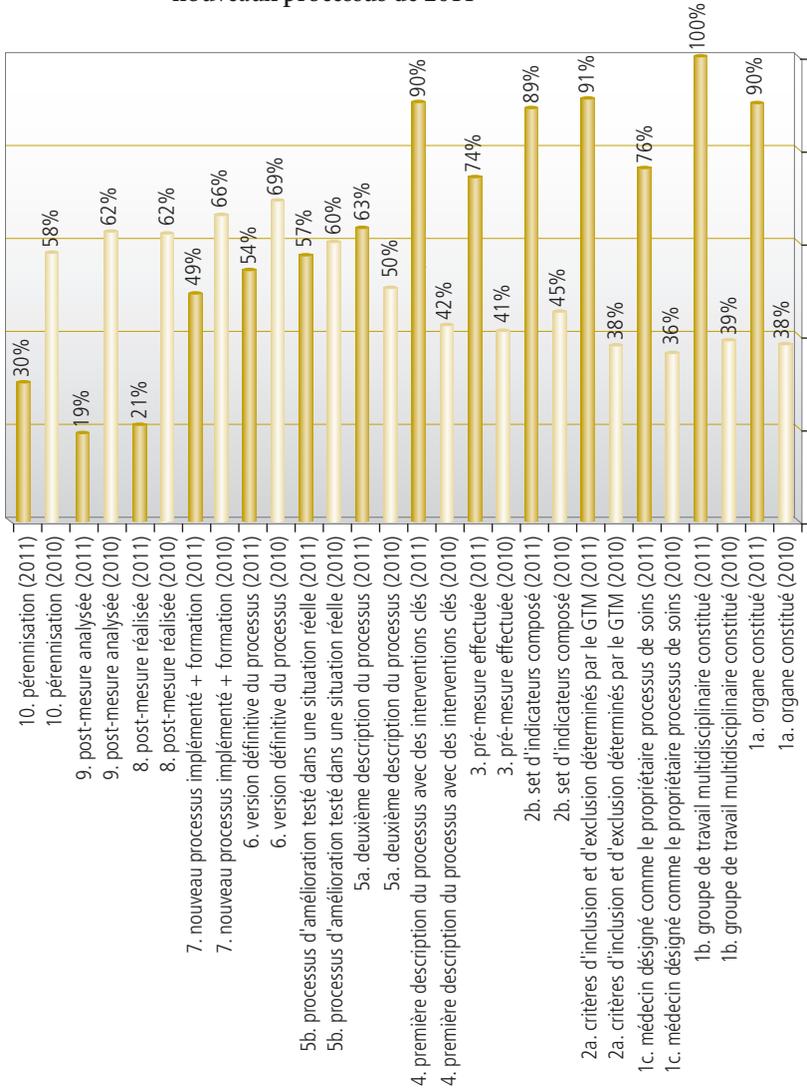
Dans 49 hôpitaux, les nouveaux processus de soins intra-muros de 2011 n'ayant pas atteint la phase de pérennisation concernaient :

- le transfert intra-muros (n=12);
- le processus découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1 (n=11);
- les priorités stratégiques des établissements (n=8);
- la prothèse totale du genou (n=4);
- l'AVC (n=4).

Les autres processus de soins intra-muros qui n'ont pas atteint la phase de pérennisation sur un délai d'un an concernent la prothèse totale de la hanche (n=2), la fracture de la hanche (n=2), le carcinome mammaire (n=1), le carcinome colorectal (n=1), le diabète (n=1), la hernie inguinale (n=1), l'insuffisance cardiaque congestive (n=1) et les accouchements par voie vaginale (n=1).

Aussi bien pour les processus de soins intra-muros de 2010 poursuivis en 2011 que pour les processus de soins intra-muros de 2011, la phase de pérennisation n'a pas été atteinte pour les transferts intra-muros et les actions d'amélioration découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1. La complexité des transferts intra-muros pourrait être une explication de ce phénomène. Les processus de soins intra-muros découlant d'un incident analysé dans le cadre du pilier 1 sont une nouvelle thématique pour les hôpitaux, ce qui expliquerait la difficulté d'atteindre la phase de pérennisation.

Graphique 4: mesure (%) dans laquelle les étapes respectives du plan en 10 étapes ont été atteintes pour les processus de 2010 et les nouveaux processus de 2011



### 3.3. Indicateurs

Les hôpitaux devaient mentionner cinq indicateurs utilisés pour le suivi du processus de soins intra-muros sélectionné. Ils devaient obligatoirement décrire au moins un indicateur de structure, un indicateur de processus et un

indicateur de résultat. Les hôpitaux pouvaient aussi, facultativement, décrire deux autres indicateurs (au choix entre un indicateur de structure, de processus ou de résultat). Pour ces indicateurs, il leur était explicitement demandé de spécifier un numérateur et un dénominateur, d'indiquer si cet indicateur avait été suivi systématiquement et si des valeurs cibles avaient été fixées.

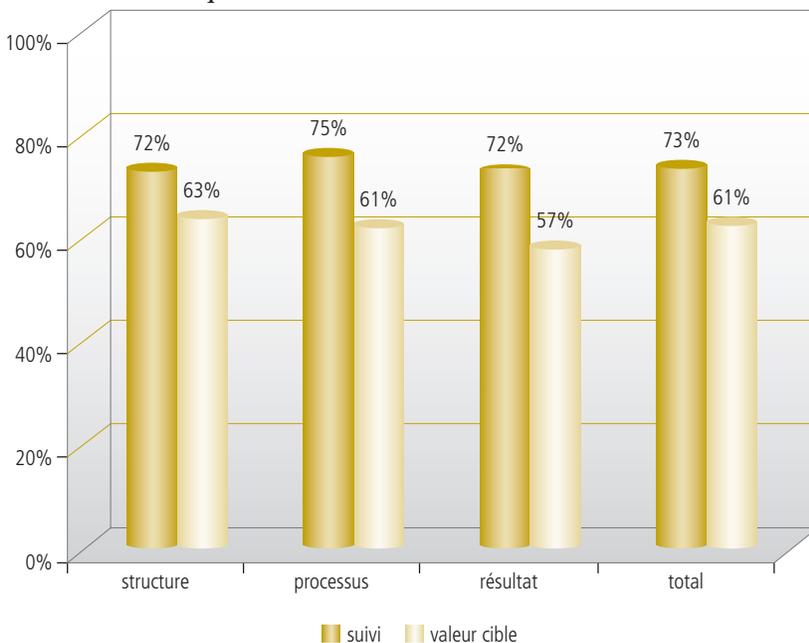
### 3.3.1. Nombre d'indicateurs

Au total, les 176 hôpitaux ont formulé 812 indicateurs. Tous les hôpitaux n'ont pas formulé cinq indicateurs mais tous les hôpitaux en ont formulé au moins trois. 4 indicateurs sur 10 sont des indicateurs de processus, 1 sur 3 est un indicateur de résultat et 1 sur 4 est un indicateur de structure.

### 3.3.2. Indicateurs de suivi des actions d'amélioration pour lesquelles une valeur cible a été fixée

73% (n=593) des 812 indicateurs ont été utilisés pour le suivi des actions d'amélioration. Une valeur cible a été fixée pour 6 indicateurs sur 10. Pour un peu plus de la moitié des indicateurs de résultat formulés (57%), des valeurs cibles ont également été fixées et pour les indicateurs de processus et de structure, ce pourcentage est un peu plus élevé (respectivement 61% et 63%) (graphique 5).

Graphique 5: indicateurs de suivi des actions d'amélioration pour lesquelles une valeur cible a été fixée



### 3.3.3. Définition du numérateur et du dénominateur

Pour 704 indicateurs (87 %), le numérateur et le dénominateur ont été définis. Pour 36 indicateurs, le numérateur a été défini mais pas le dénominateur et pour 36 indicateurs, ni un numérateur, ni un dénominateur n'ont été définis.

## 4. COMPARAISON DES RÉSULTATS DE LA DEUXIÈME (2009) ET DE LA TROISIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2010) AVEC LA QUATRIÈME ANNÉE DE CONTRAT (2011)

Depuis la deuxième année de contrat (2009), les hôpitaux devaient, pour la première fois, améliorer ou (ré)analyser un processus (ou une partie de processus) intra-muros, nouveau ou existant. Les hôpitaux disposaient d'un délai d'un an. En 2010, les hôpitaux ont bénéficié d'un délai d'un an et demi. En 2011, les hôpitaux ont également eu un délai d'un an, mais ils avaient la possibilité de poursuivre en 2011 un processus de 2010.

1. En 2009, 202 processus d'amélioration ont été présentés (sur 178 hôpitaux participants), 175 en 2010 (sur 181 hôpitaux participants) et **176 en 2011** (sur 179 hôpitaux participants). 60 % (n=106) des processus d'amélioration concernaient la poursuite d'un processus de soins intra-muros de 2010.
2. Tant en 2009 qu'en 2010, 70 % des processus d'amélioration concernent des **processus de soins intra-muros**, 30 % des transferts intra-muros, principalement des transferts au sein d'un même hôpital ou d'un même site. En 2011, 60 % de processus d'amélioration concernent des processus de soins. Cette diminution est due au nombre croissant de processus d'amélioration choisis à la suite d'une analyse rétrospective d'incident du pilier 1 (de 7 % en 2010 à 16 % en 2011).
3. Dans les **hôpitaux aigus**, sur les trois dernières années de contrat, la majorité des processus de soins intra-muros initiés concernent l'AVC, la prothèse totale du genou, la prothèse totale de la hanche et le carcinome mammaire.
4. 80 % des processus de soins intra-muros des **hôpitaux psychiatriques** concernent la priorité en matière de politique de gestion des établissements (72 % en 2010). Le syndrome métabolique est aussi resté une priorité importante en 2011, bien que la médication ait été un thème plus marqué qu'en 2009 et 2010.

En 2009 et en 2010, les processus de soins intra-muros relatifs aux agressions concernaient la maîtrise des agressions. En 2011 ils concernent aussi la prise

---

en charge des collaborateurs victimes d'un incident d'agression et la mesure de la satisfaction des patients dans le cadre de la gestion des agressions.

5. Dans les **hôpitaux Sp**, le pourcentage de processus de soins intra-muros concernant des pathologies pour lesquelles un grand nombre d'admission ont été enregistrées en 2010 est passé de 25 % à 56 %. En 2009 ce pourcentage était de 75 %.
6. Tous les nouveaux processus de soins intra-muros de 2011 ont donné lieu à la constitution d'une équipe multidisciplinaire. Pour les processus de soins intra-muros de 2010, cela était le cas pour 97 %. Un pourcentage plus important qu'en 2009 (73 %), mais comparable à 2010 (98 %).
7. En 2011, pour 1 processus de soins intra-muros sur 5 présenté en 2010, des conventions de type *Service Level Agreements* (SLA) ont été conclues. Ceci est comparable à 2009. En 2011, des conventions SLA ont été conclues pour 23 % des nouveaux processus de soins intra-muros. En 2010, cela était le cas pour 1 processus de soins intra-muros sur 3.
8. Pour les processus de soins intra-muros présentés en 2010, 58 % des hôpitaux ont exécuté le plan en 10 étapes dans sa totalité, ce pourcentage est de 30 % pour les nouveaux processus de 2011. Ce pourcentage est plus significatif en comparaison avec 2009 (14 %). En 2010, les hôpitaux ont eu un an et demi pour pérenniser les processus et pour 42 % de ceux-ci le plan en 10 étapes a été exécuté en sa totalité.
9. En 2011, des **indicateurs** ont été formulés pour tous les processus d'amélioration présentés. En 2010, cela avait été le cas dans 95 % des processus d'amélioration présentés et dans 66 % des processus d'amélioration présentés en 2009.
10. Le pourcentage d'indicateurs pour lesquels aussi bien un **numérateur qu'un dénominateur** ont été définis a augmenté. En 2010 il était de 20 %, en 2011 il était de 87 %.
11. En 2011, des **valeurs cibles** ont été déterminées pour 61 % des indicateurs. Nous étions à seulement 1 % en 2010.

## 5. DISCUSSION

1. Les résultats et les conclusions ci-dessus reposent sur les données des rapports remis par les hôpitaux pour l'année de contrat 2011. Le SPF Santé publique ne dispose pas de la possibilité d'étudier de manière approfondie **la fiabilité des résultats**.
2. Pour le pilier 2, le SPF Santé publique **ne dispose pas des données de deux hôpitaux**. Un hôpital n'a pas remis de rapport pour le pilier 2 et un autre n'a pas remis de rapport du tout.

3. En 2011, davantage d'hôpitaux ont choisi un processus d'amélioration découlant **d'une analyse rétrospective d'incident** du pilier 1 (de 7% en 2010 à 16% en 2011). Il s'agit d'une évolution positive, mais faible. Un processus d'amélioration découlant d'une analyse rétrospective d'incident sur 4 n'a pu être pérennisé dans un délai de deux ans. Le fait que les thèmes concernant les analyses d'incidents sont relativement nouveaux expliquerait que la pérennisation prend plus de temps.
4. Assurer la phase de pérennisation du plan en 10 étapes sur un délai d'un an semble être une difficulté pour les hôpitaux. Par ailleurs, pour 1 processus de soins intra-muros sur 4 les hôpitaux n'ont pas réussi à assurer cette phase sur un délai de deux ans. Il est difficile de tirer des conclusions seulement sur base des rapports des hôpitaux. Les données ne donnent pas plus d'explication sur les facteurs défavorables à la réalisation du plan en 10 étapes.
5. Comparativement à 2010, le nombre d'**indicateurs bien formulés** (suffisamment spécifiés et comprenant un numérateur et un dénominateur) a fortement augmenté. On a aussi constaté un meilleur équilibre entre les indicateurs de structure, de processus et de résultat. 3 indicateurs formulés sur 4 sont utilisés pour le suivi des actions d'amélioration. La mesure dans laquelle des valeurs cibles sont déterminées a fortement progressé, bien que pour 4 indicateurs formulés sur 10, aucune valeur cible n'a été déterminée.
6. Les améliorations constatées sont probablement à attribuer aux exigences du contrat 2011, dans lequel il était expressément demandé de formuler des indicateurs de structure, de processus et de résultat comprenant un numérateur et un dénominateur et d'indiquer si des valeurs cibles avaient été déterminées.

En conclusion, on peut dire que la réalisation complète du cycle PDCA, phase de pérennisation comprise, est difficile à réaliser; même sur un délai de deux ans. Plusieurs évolutions importantes ont été observées au niveau de la qualité des indicateurs formulés. En observant ces résultats, on peut conclure que les indicateurs sont davantage utilisés dans le suivi des actions d'amélioration. En revanche, en ce qui concerne la fixation de valeurs cibles, des améliorations sont encore possibles.

## PROCESSUS TRANSMURAUX

### *Conclusions clés concernant le processus de soins transmuraux*

Le **taux de réponse** total au questionnaire a été de 92 % (n=165) : 95 hôpitaux aigus, 56 hôpitaux psychiatriques et 14 hôpitaux Sp.

66 % des **processus de soins transmuraux** concernent des soins transmuraux entre l'hôpital et la première ligne, 12 % entre différents hôpitaux, 10 % entre l'hôpital et des centres de soins spécialisés, 9 % entre l'hôpital et des maisons de repos et de soins et 2 % concernent une « autre » combinaison.

38 **populations de patients** ont été sélectionnées par 165 hôpitaux. Les patients psychiatriques et gériatriques ont été les populations cibles les plus sélectionnées.

Les **objectifs** poursuivis par les hôpitaux dans la mise sur pied de leur projet de soins transmuraux sont divers et ont été décrits comme favorisant la qualité et la sécurité des soins (45 %), la communication et la collaboration entre la première et la deuxième ligne, les MRS, les hôpitaux entre eux ou le centre spécialisé (35 %) et l'amélioration de la coordination et de la continuité du processus de soins (20 %).

Les directions des hôpitaux (50 %) ont été les plus citées en tant **qu'instigatrices** des projets de soins transmuraux, suivies par les médecins spécialistes (10 %). 93 % des hôpitaux participants estiment que le soutien des projets de soins transmuraux par la direction de l'hôpital est un point positif.

Les **partenaires intra-muros** les plus souvent impliqués dans les projets transmuraux sont les spécialistes (45 %), les infirmiers (45 %) et le service social (31 %). Le responsable des sorties de l'hôpital est étonnamment peu impliqué dans les projets transmuraux (3 %). Il en va de même du pharmacien hospitalier (1 %).

Les **partenaires transmuraux** les plus souvent impliqués dans les projets transmuraux sont les directions des centres d'hébergement et de soins (41 %), les médecins généralistes (35 %) et les centres psychiatriques (28 %).

Les partenaires étonnamment peu impliqués sont les patients et leurs familles (6%) ainsi que les directions des organisations de soins à domicile (4%).

Les **dimensions du Chronic Care Model** (CCM) pour lesquelles les pourcentages de scores négatifs étaient les plus hauts sont « système d'information » (45 % d'items évalués négativement), « outils de soutien pour les professionnels des soins » (35 % d'items évalués négativement) et « reconfigurer l'organisation des soins » (28 % d'items évalués négativement).

Les items qualité montrant le plus grand potentiel d'amélioration au sein du CCM dans la dimension « système de santé » sont le financement et les aspects juridiques du projet.

L'item qualité montrant le plus grand potentiel d'amélioration au sein du CCM dans la dimension « implication des soins communautaires » est la collaboration avec les pharmaciens locaux.

L'item qualité montrant le plus grand potentiel d'amélioration au sein du CCM dans la dimension « reconfigurer l'organisation des soins » est l'implication des patients dans le développement du projet. Dans 58 % des projets, le patient n'a pas été activement impliqué dans le développement du projet transmurale.

80 % des projets de soins transmuraux prévoient une information des patients sur les traitements.

L'item qualité montrant le plus grand potentiel d'amélioration au sein du CCM dans la dimension « outils de soutien pour les professionnels de soins » est la disponibilité d'un protocole de traitement *evidence-based*. Dans 45 % des projets, aucun protocole de traitement *evidence-based* n'est disponible.

L'item qualité montrant le plus grand potentiel d'amélioration au sein du CCM dans la dimension « soutien des patients et des familles vers une auto-gestion » est la collaboration avec les organisations de patients et les aidants proches.

L'item qualité montrant le plus grand potentiel d'amélioration au sein du CCM dans la dimension « systèmes d'information » est la disponibilité d'un instrument de support TIC pour le projet de soins.

---

## 1. INTRODUCTION

Le contrat « coordination qualité et Sécurité des patients » repose sur trois piliers : les systèmes de gestion de la sécurité, les processus et les indicateurs. La partie soins transmuraux fait partie du deuxième pilier. La question à laquelle nous répondons dans le présent chapitre est la suivante : « *Comment les composants individuels de la qualité des soins transmuraux sont-ils évalués par les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp en Belgique ?* »

## 2. CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

### 2.1. Importance des soins transmuraux

Plusieurs éléments expliquent pourquoi les différents systèmes de soins de santé européens investissent aujourd'hui dans le développement des soins transmuraux. Il y a notamment l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de besoins en soins complexes (multimorbidité) et les frais qui y sont liés ainsi que l'objectif de soins plus intégrés et plus orientés vers le patient. L'objectif des soins transmuraux est une diminution de la fragmentation des soins, l'amélioration des résultats cliniques, la satisfaction du patient, une meilleure coopération et coordination au niveau des soins et une meilleure utilisation des recommandations *evidence-based* ainsi que des réductions de coûts.

### 2.2. Définition des soins transmuraux

Le concept de soins transmuraux n'est pas une notion univoque. Pour les décrire, la littérature utilise entre autres « gestion des sorties », « soins continus », « chaîne des soins », « transferts des patients », « trajets de soins transmuraux », « *multiprofessional cooperation* », « *shared care* », « *managed care* », « *disease management* », « *patient navigation* » ou encore « *hospital at home care* ».

Les soins transmuraux sont définis comme étant des « formes de soins dispensés en fonction des besoins du patient sur la base d'arrangements de collaboration, d'harmonisation et de régie entre les prestataires de soins généralistes et spécialistes, avec une responsabilité globale conjointe et des responsabilités déléguées explicites ».

Les soins transmuraux sont considérés comme un maillon/une étape essentiel(le) de l'évolution vers un modèle de soins entièrement intégré pour des populations cibles spécifiques.

Globalement, la littérature distingue trois formes de soins transmuraux :

- les soins transmuraux dispensés par des prestataires de soins spécialistes et généralistes conjointement ;
- les soins transmuraux dispensés par les prestataires de soins généralistes, avec le soutien des prestataires de soins spécialistes ;
- les soins transmuraux dispensés par des prestataires de soins généralistes qui concernent les admissions et les sorties dans un établissement spécialisé.

### 2.3. Méthodes de collecte et de traitement des données

Un questionnaire a été développé pour soutenir les hôpitaux dans l'analyse du projet de soins transmuraux choisi. Ce questionnaire a été développé à partir d'études de la littérature sur les composants qualité des soins transmuraux. Le questionnaire comprend 61 items qualité liés à des soins transmuraux de haute qualité. Ces 61 items ont été identifiés sur la base de la littérature scientifique sur le concept des soins transmuraux et intégrés : YAMADA<sup>15</sup> (2001), KODNER et SPREEUWENBERG<sup>16</sup> (2002), FULOP<sup>17</sup> (2005), OUWENS<sup>18</sup> (2005), NOLTE et MCKEE<sup>19</sup> (2008), DAVIES<sup>20</sup> (2008), OVRETVEIT<sup>21</sup> (2011).

Ces 61 items ont ensuite été opérationnalisés en tenant compte du contexte belge et répartis en fonction des dimensions du *Chronic Care Model* (CCM). Le CCM comprend six domaines liés entre eux et tous importants pour assurer une qualité élevée des soins aux malades chroniques :

1. système de santé (« *health system* ») ;
2. implication des soins communautaires (« *community* ») ;
3. reconfigurer l'organisation des soins (« *delivery system design* ») ;

- 
- 15 J. YAMADA, « The birth of integration: explorative studies on the development and implementation of transmural care in the Netherlands, 1994-2000 », *Int J Integr Care*, 2001(1).
- 16 « Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper », *Int J Integr Care*, octobre-décembre 2002.
- 17 N. FULOP, A. MOWLEM et N. EDWARDS, *Building integrated care: lessons from the UK and elsewhere*, Londres, The NHS Confederation, 2005.
- 18 M. OUWENS, H. WOLLERSHEIM, R. HERMENS, M. HULSCHER et R. GROL, « Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews », *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua. [Meta-Analysis]*, avril 2005, 17(2), 141-6.
- 19 E. NOLTE et M. MCKEE, *Integration and chronic care: a review*, Open University Press, 2008.
- 20 G. DAVIES, « Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review », *Med J Aust*, 2008, 188 (8), 65.
- 21 J. OVRETVEIT, « Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success », *BMJ Qual Saf*, 2011, 20:i18-i23.

- 
4. outils de soutien pour les professionnels de soins (« *decision support* »);
  5. soutien des patients et des familles vers une auto-gestion (« *self-management* »);
  6. systèmes d'information (« *clinical information systems* »).

Le questionnaire comprenait trois parties :

- une partie relative aux informations de type administratif;
- des questions générales sur le projet transmurale (p. ex. son intitulé, les partenaires impliqués);
- le questionnaire à 61 items (échelle de Likert).

Le questionnaire à 61 items a été évalué sur une échelle de Likert à cinq points (pas du tout d'accord, pas d'accord, neutre, d'accord et tout à fait d'accord). Les hôpitaux ont reçu des explications quant à la signification des catégories de réponse. La catégorie « pas du tout d'accord/pas d'accord » correspondait à « interventions d'amélioration de la qualité qui ne sont pas encore (assez) décrites pour le moment ». La catégorie « neutre » signifiait « pas d'avis ».

Avant d'envoyer le questionnaire aux hôpitaux participants (n=179), le Groupe de travail fédéral Soins transmurales et 10 hôpitaux (qui s'étaient déclarés prêts à tester le questionnaire) ont donné leur feedback sur le contenu et la convivialité du questionnaire (électronique). Sur la base de ce feedback, une version finale du questionnaire a été élaborée et approuvée.

Les hôpitaux (n=179) ont été invités à participer à un workshop d'information au cours duquel ils ont été informés sur la théorie relative aux soins transmurales et sur le questionnaire à 61 items.

Ensuite, il a été demandé à chaque hôpital d'évaluer individuellement un projet transmurale au choix sur la base du questionnaire à 61 items. Tous les partenaires concernés par le processus de soins transmurales devaient approuver le « score » formulé pour chaque item individuellement. Une preuve de la concertation multidisciplinaire sur les « scores » devait également être prévue sous la forme de l'envoi du questionnaire au SPF Santé publique.

Le questionnaire à 61 items devait être renvoyé au SPF Santé publique au plus tard le 31 mars 2012. Un rappel unique par téléphone ou par e-mail a été envoyé aux non-répondeurs.

Les données ont été traitées par le biais d'analyses effectuées dans Excel.

### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Réponse

Le taux de réponse total au questionnaire est de 92 % (n=165) : 95 hôpitaux aigus, 56 hôpitaux psychiatriques et 14 hôpitaux Sp.

#### 3.2. Typologie des accords de collaboration

66 % des projets de soins transmuraux concernent des soins transmuraux entre l'hôpital et la première ligne, 12 % entre différents hôpitaux, 10 % entre l'hôpital et des centres de soins spécialisés, 9 % entre l'hôpital et des maisons de repos et de soins et 2 % concernent d'« autres » combinaisons.

Le tableau 1 illustre la typologie des accords de collaboration dont les trois plus importants concernent une collaboration entre un hôpital et la première ligne, un autre hôpital et un centre spécialisé.

Tableau 1: typologie des accords de collaboration

	n	%
hôpital – première ligne	109	66 %
hôpital – hôpital	20	12 %
hôpital – centre spécialisé	17	10 %
hôpital – MRS	15	9 %
hôpital – MRS / première ligne	1	1 %
autre	3	2 %
total	165	100 %

#### 3.3. Populations de patients

38 populations de patients ont été sélectionnées par 165 hôpitaux. L'analyse des 10 populations les plus représentées montre que les patients psychiatriques (non spécifiés) constituent la population cible la plus souvent sélectionnée. Avec 24 projets, les patients gériatriques réalisent aussi un score élevé. Avec deux ou trois projets seulement, le groupe de patients qui a réalisé le

score le plus bas est celui des patients appartenant aux populations cathétérisation cardiaque, coronarographie et prothèse totale du genou (tableau 2).

**Tableau 2: typologie des populations de patients: top 10**

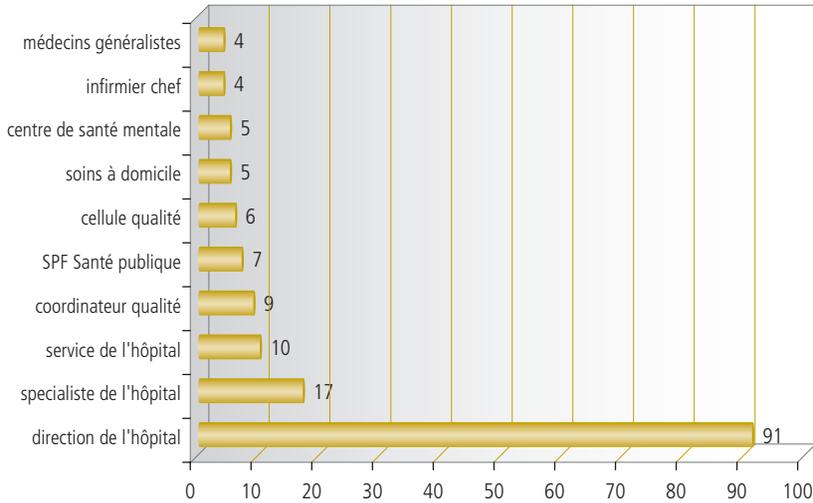
	nombre de projets transmuraux
patients psychiatriques (non spécifiés)	38
patients gériatriques	24
population de patients générale	16
patients avec un cancer mammaire	6
patients en soins palliatifs	6
patients diabétiques	5
jeunes patients psychiatriques	5
patients avec une prothèse totale du genou	3
patients avec coronarographie	3
patients avec cathétérisation cardiaque	2
total	108

### **3.4. Instigateur du projet des soins transmuraux**

Une grande diversité de personnes/fonctions (n=45) a été désignée par les hôpitaux comme les instigateurs de projets de soins transmuraux (graphique 1). Les instigateurs de projets de soins transmuraux les plus souvent cités ont été les directions des hôpitaux généraux (55%) suivies par les spécialistes médicaux (10%). Les fonctions et disciplines individuelles comme par exemple l'infirmier en chef (n=4) et le pharmacien hospitalier (n=1) ont été peu citées. Il est également étonnant de constater que le service social n'a que très peu été cité comme instigateur de projets de soins transmuraux (n=3).

Parmi les personnes désignées comme initiatrices du projet, nous retrouvons également la cellule sécurité des patients (n=2), le coordinateur itinéraires cliniques (n=2), l'infirmier hygiéniste (n=1), le CPAS (n=1) ou le patient (n=1).

Graphique 1: personnes principales (fonctions) qui ont initié le projet



### 3.5. Objectifs

Les objectifs visés par les hôpitaux dans la mise en place de leurs projets de soins transmuraux sont très divers et sont décrits par les hôpitaux comme :

- promouvoir la qualité et la sécurité des soins (45 %);
- promouvoir la communication et la collaboration entre la première et la deuxième ligne, les MRS, les hôpitaux entre eux ou le centre spécialisé (35 %);
- améliorer la coordination et la continuité du processus de soins (20 %).

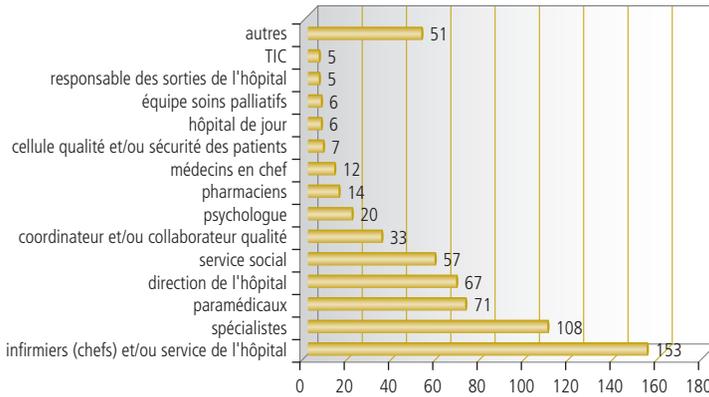
Au sein de ces catégories globales, des objectifs spécifiques ont été définis en fonction de la nature du projet.

### 3.6. Partenaires intra-muros impliqués dans le projet

Un grand nombre de partenaires intra-muros sont cités par les hôpitaux comme étant impliqués dans les projets de soins transmuraux (graphique 2). Les partenaires intra-muros les plus souvent impliqués dans les projets transmuraux sont les infirmiers (chef) et/ou les services d'hôpitaux (25 %), les spécialistes (18 %), les paramédicaux (12 %), les directions (11 %) et le service social (9 %). Le responsable des sorties de l'hôpital est étonnamment peu impliqué dans les projets transmuraux (3 %), et il en va de même du pharmacien hospitalier (1 %).

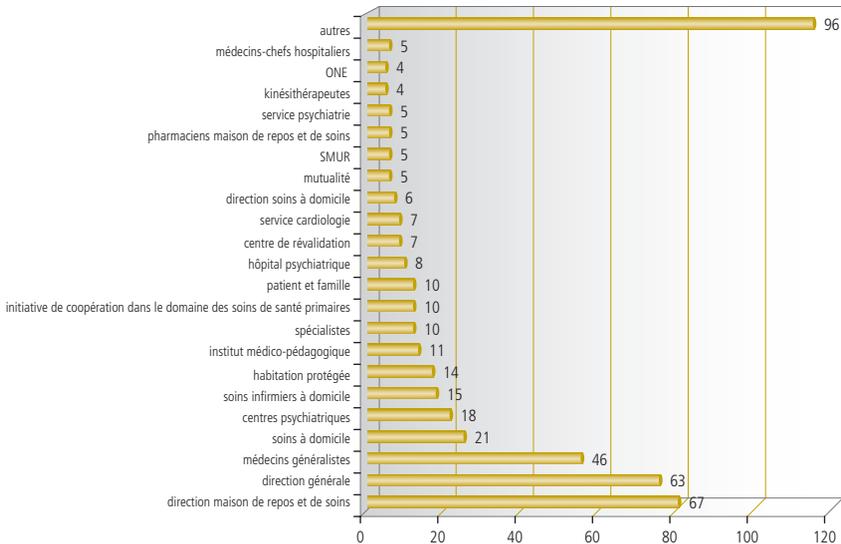
Parmi la catégorie « autres », nous retrouvons également 38 autres fonctions ou structures au sein de l'hôpital, comme le secrétariat médical (= 3), l'équipe de soutien gériatrique et le service d'admission (n=1).

**Graphique 2: partenaires intra-muros principaux impliqués dans le projet**



### 3.7. Partenaires transmuraux impliqués dans le projet

**Graphique 3: partenaires transmuraux principaux impliqués dans le projet**



Un grand nombre de partenaires transmuraux sont cités par les hôpitaux comme étant impliqués dans les projets de soins transmuraux (graphique 3). Les partenaires transmuraux les plus souvent impliqués dans les projets transmuraux sont les directions des centres d'hébergement et de soins (15 %), les directions d'hôpital (14 %) et les médecins généralistes (10 %). Les partenaires étonnamment peu impliqués sont les patients et leurs familles (2 %) ainsi que les directions des organisations de soins à domicile (1 %).

Parmi les 62 partenaires transmuraux cités, nous retrouvons également la direction soins infirmiers à domicile (n=3), les diététiciens (n=3), les podologues (n=2), le dentiste (n=1), le travailleur social (n=1), la maison de soins chroniques (n=1) ou encore les soignants de la première ligne (n=1).

### 3.8. Dimensions du Chronic Care Model

#### 3.8.1. Aperçu récapitulatif

Le graphique 4 et les tableaux 3 et 4 donnent un aperçu récapitulatif des résultats en fonction des dimensions du Chronic Care Model (CCM). Les dimensions du Chronic Care Model dans lequel le plus d'items ont été évalués négativement sont :

- « système de santé » (45 % d'items évalués négativement) ;
- « outils de soutien pour les professionnels de soins » (35 % d'items évalués négativement) ;
- « reconfigurer l'organisation des soins » (28 % d'items évalués négativement).

Les items évalués positivement sont des items pour lesquels les hôpitaux étaient « tout à fait d'accord » ou « d'accord ». Les items pour lesquels les hôpitaux n'étaient « pas du tout d'accord » ou « pas d'accord » ont été évalués négativement.

Une discussion détaillée des résultats par dimension du Chronic Care Model est reprise plus loin.

Graphique 4: analyse transversale des soins transmuraux en Belgique

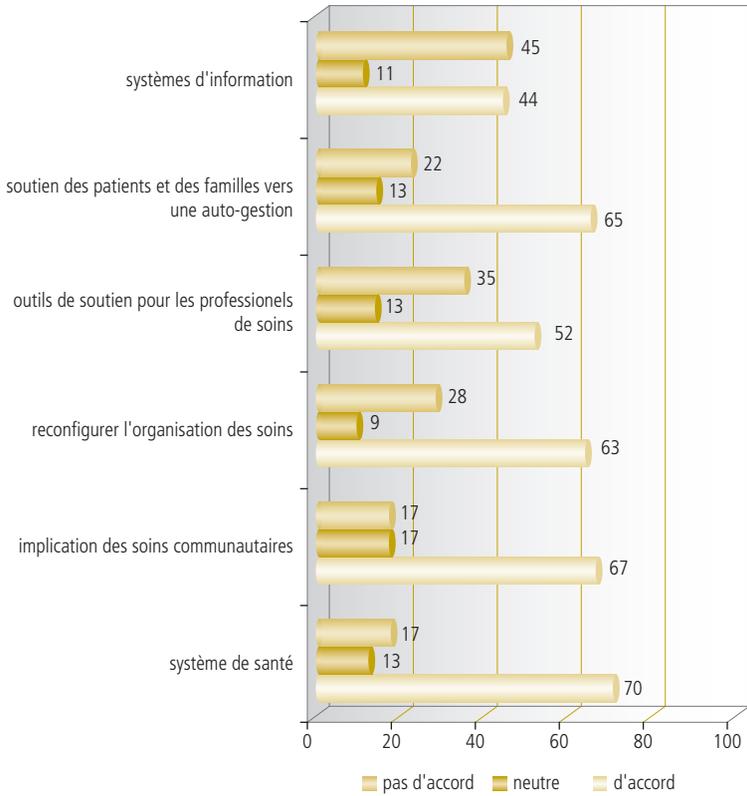


Tableau 3: items les plus évalués positivement au questionnaire à 61 items

DIMENSION	ITEM	N	+	0	-	+	0	-
système de santé = gouvernance et moyens	1. Le projet est suffisamment soutenu par le management de l'hôpital.	165	153	5	7	93%	3%	4%
implication des soins communautaires	22. Les partenaires (internes et de première ligne) concernés sont suffisamment motivés pour garantir la réussite du projet.	152	137	10	5	90%	7%	3%
reconfigurer l'organisation des soins	23. Le projet repose sur un problème ou une opportunité clairement décrite(e).	164	154	6	4	94%	4%	2%
outils de soutien pour les professionnels des soins	51. Il existe des instruments de soutien prévus pour les cliniciens concernés (feedback, rappels, formation continue,...)	139	86	18	35	62%	13%	25%
soutien des patients et des familles vers une auto-gestion	53. Une éducation thérapeutique du patient est prévue.	120	96	12	12	80%	10%	10%
systèmes d'information	59. Les résultats du projet sont communiqués à l'ensemble de l'hôpital. et 60. aux partenaires externes.	137	58	14	65	42%	10%	48%
		140	74	14	52	53%	10%	37%

Tableau 4: items les plus évalués négativement au questionnaire à 61 items

DIMENSION	ITEM	N	+	0	-	+	0	-
système de santé = gouvernance et moyens	8. Il y a un financement suffisant pour le projet.	148	37	21	90	25%	14%	61%
	7. Tous les aspects juridiques du projet ont été suffisamment étudiés (p. ex. respect de la vie privée).	136	71	25	40	52%	18%	30%
implication des soins communautaires	16. Il y a une bonne relation de collaboration avec les pharmaciens de la première ligne.	72	40	14	18	55%	20%	25%
reconfigurer l'organisation des soins	27. Les patients sont activement impliqués dans le développement du projet.	130	40	15	75	31%	11%	58%
outils de soutien pour les professionnels des soins	52. Un protocole de traitement « evidence based » est disponible.	108	45	14	49	42%	13%	45%
soutien des patients et des familles vers une auto-gestion	56. Une bonne relation de collaboration existe avec les organisations de patients.	74	33	13	28	52%	15%	33%
	57. Une bonne relation de collaboration existe avec les organisations des proches aidants/membres de la famille.	85	44	13	28	52%	15%	33%
systèmes d'information	58. Il existe une infrastructure TIC de soutien prévue pour le projet.	137	58	14	65	42%	10%	48%

### 3.8.2. Système de santé (« Health System »)

Les items qualité qui montrent le plus gros potentiel d'amélioration (« pas du tout d'accord » et « pas d'accord ») sont le financement (61 %, 90/148 d'items) et les aspects juridiques du projet (30 %, 40/136). L'item qualité souvent considéré comme réalisé dans cette dimension est : soutien du projet par la direction de l'hôpital (93 %, 153/165).

Cette dimension a été évaluée positivement par 70 % des hôpitaux, de manière neutre par 13 % des hôpitaux et négativement par 17 % des hôpitaux.

### 3.8.3. Implication des soins communautaires (« Community »)

L'item qualité qui montre le plus gros potentiel d'amélioration (« pas du tout d'accord » et « pas d'accord ») dans cette dimension est : la collaboration avec les pharmaciens locaux (24 %, 18/72). L'item qualité souvent considéré comme réalisé dans cette dimension est : les partenaires impliqués sont motivés pour faire de ce projet une réussite (90 %, 137/152).

Cette dimension a été évaluée positivement par 67 % des hôpitaux, de manière neutre par 16 % des hôpitaux et négativement par 17 % des hôpitaux.

### 3.8.4. Reconfigurer l'organisation des soins (« Delivery System Design »)

L'item qualité qui montre le plus gros potentiel d'amélioration (« pas du tout d'accord » et « pas d'accord ») dans cette dimension est l'implication des patients dans le développement du projet (58 %, 75/130). L'item qualité souvent considéré comme réalisé dans cette dimension est : les projets sont basés sur une problématique ou une opportunité claire d'amélioration de la qualité (94 %, 154/164).

Cette dimension a été évaluée positivement par 63 % des hôpitaux, de manière neutre par 9 % des hôpitaux et négativement par 28 % des hôpitaux.

### 3.8.5. Outils de soutien pour les professionnels de soins (« Decision Support »)

L'item qualité qui montre le plus gros potentiel d'amélioration (« pas du tout d'accord » et « pas d'accord ») dans cette dimension est la disponibilité d'un protocole de traitement *evidence-based* (45 %, 49/108). L'item qualité souvent considéré comme réalisé dans cette dimension est la disponibilité d'instruments de soutien pour les médecins (62 %, 86/139). Cette dimension a été évaluée positivement par 52 % des hôpitaux, de manière neutre par 13 % des hôpitaux et négativement par 35 % des hôpitaux.

---

### 3.8.6. Soutien des patients et des familles vers une auto-gestion (« Selfmanagement »)

Les items qualité qui montrent le plus gros potentiel d'amélioration (« pas du tout d'accord » et « pas d'accord ») dans cette dimension sont la collaboration avec les organisations de patients (38 %, 28/74) et les aidants proches (33 %, 28/85). L'item qualité souvent considéré comme réalisé dans cette dimension (« tout à fait d'accord » et « d'accord ») est la disponibilité d'une information des patients sur les traitements (80 %, 96/120).

Cette dimension a été évaluée positivement par 65 % des hôpitaux, de manière neutre par 13 % des hôpitaux et négativement par 22 % des hôpitaux.

### 3.8.7. Systèmes d'information (« Clinical Information Systems »)

L'item qualité qui montre le plus gros potentiel d'amélioration (« pas du tout d'accord » et « pas d'accord ») dans cette dimension est la disponibilité d'un instrument de support TIC pour le processus de soins transmuraux (48 %, 65/137). L'item qualité souvent considéré comme réalisé dans cette dimension (« tout à fait d'accord » et « d'accord ») est le suivant : les résultats des projets sont communiqués par l'hôpital (42 %, 58/137) et les partenaires externes (53 %, 74/140). Cette dimension a été évaluée positivement par 44 % des hôpitaux, de manière neutre par 11 % des hôpitaux et négativement par 45 % des hôpitaux.

Vous trouverez plus de détails sur ces résultats sur le site Internet [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be), rubrique « plan pluriannuel 2007-2012 ».

## 4. DISCUSSION

1. Cette analyse transversale descriptive menée auprès de 165 hôpitaux belges avait pour but de déterminer comment les hôpitaux évaluent leurs propres projets de soins transmuraux sur la base d'un ensemble de 61 items représentant la qualité de la prise en charge des soins transmuraux. Cette analyse montre que les six items de qualité suivants ont un **potentiel d'amélioration** :

- le financement et les aspects juridiques du projet ;
- la collaboration avec les pharmaciens locaux ;
- l'implication des patients dans le développement du projet ;
- la disponibilité d'un protocole de traitement *evidenced-based* ;
- la collaboration avec les organisations de patients et les aidants proches ;
- la disponibilité d'un instrument de support TIC pour le processus de soins transmuraux.

2. Les six items qualité suivants sont perçus plutôt **positivement** par les hôpitaux:
  - soutien du projet par la direction de l'hôpital;
  - les partenaires concernés sont motivés pour faire réussir le projet;
  - les projets sont basés sur une problématique claire d'amélioration de la qualité;
  - la disponibilité d'instruments de soutien pour les médecins;
  - la disponibilité d'une information du patient sur les traitements;
  - les résultats du projet sont communiquées dans l'ensemble de l'hôpital et aux partenaires externes.
3. Les résultats montrent que pour les hôpitaux, le **financement disponible** demeure une difficulté majeure. Plus de 61 % des hôpitaux (et des partenaires concernés dans le projet transmurale) estiment que le financement mis à leur disposition est insuffisant. Dans ce cadre, il est important de mentionner qu'aucun financement n'est actuellement prévu pour les partenaires de la première ligne et pour les centres spécialisés concernés. Si une concertation d'équipe est par exemple prévue avec ses partenaires, elle n'est pas rémunérée. Il s'agit d'un point d'attention stratégique qui peut représenter une entrave au développement ultérieur des soins transmuraux en Belgique. La littérature décrit le fait de disposer de suffisamment de moyens financiers comme une condition préalable à une mise en œuvre réussie.
4. En ce qui concerne **les aspects juridiques** des processus de soins transmuraux, 30 % des répondants estiment que cet aspect n'est pas suffisamment pris en compte. Cela s'explique par le fait que les aspects juridiques des soins transmuraux ne sont pas encore suffisamment connus des hôpitaux, surtout dans les domaines de la protection de la vie privée et du transfert d'information à des tiers, la première ligne dans ce cas précis. Il est donc important que si des données du patient sont conservées et échangées électroniquement, le patient y ait expressément consenti.
5. Il ressort des résultats que dans 58 % des projets les **patients** n'ont pas été activement impliqués dans le développement du projet transmurale. Cette implication du patient dans le développement du projet est pourtant importante pour mieux intégrer leurs souhaits et besoins dans le processus de soins et impliquer plus activement les patients dans la consolidation des processus de traitement et de soins. La collaboration avec les associations de patients s'avère donc une pierre d'achoppement dans l'élaboration d'un grand nombre de projets de soins transmuraux (38 %). Moins de la moitié des hôpitaux a prévu une collaboration avec une association de patients dans le cadre du développement de son projet de soins transmuraux. Les associations de patients peuvent apporter une contri-

---

bution majeure au développement et à l'évaluation des projets de soins transmuraux. Les données trouvées dans la littérature nous apprennent que les patients sont souvent sous-représentés et que leurs besoins et leurs intérêts sont souvent peu connus. De ce fait, les patients ne se sentent pas (pleinement) impliqués en tant que partenaires de soins éclairés. Les associations de patients peuvent défendre ces intérêts et ces besoins.

6. Les résultats de l'étude montrent que 45 % des projets ne disposent pas d'un **protocole de traitement** « *evidence-based* ». Dans les soins transmuraux, une attitude « *evidence-based* » représente pourtant une composante importante des soins. La base d'un projet de soins transmuraux comprend une médecine (et des soins infirmiers) « *evidence-based* » et pourtant il ressort de l'étude que les protocoles de traitement « *evidence-based* » font cruellement défaut. Cela ne veut pas dire qu'ils soient absents de la littérature mais que les hôpitaux soit ne les connaissent pas, soit ne les utilisent pas. Ceci explique que les recommandations nationales et internationales ne sont pas mises en œuvre de manière optimales dans la pratique quotidienne des soins. Il est important de transposer le concept « *evidence-based* » en soins transmuraux concrets et de haute qualité.
7. Les hôpitaux estiment insuffisant la disponibilité d'instruments de **support TIC** pour les processus de soins transmuraux (48 %). Ceci alors que le support électronique de l'échange des données et de la communication est essentiel pour promouvoir les soins transmuraux. Le support électronique n'est pas encore suffisamment implémenté dans ces projets. La qualité des soins transmuraux dépend largement d'un échange de données ciblé entre les différents acteurs. La disponibilité d'une infrastructure TIC efficace est considérée dans la littérature comme une condition préalable majeure à la réalisation des soins transmuraux.
8. 93 % des hôpitaux participants ont une perception positive **du soutien de la direction** de l'hôpital. Dans la pratique, ce soutien se présente sous différentes formes aussi bien matérielles qu'immatérielles. Ce point est à relever car le soutien de la direction est décrit dans la littérature comme étant importante et comme constituant une condition préalable pour développer des projets de soins transmuraux de qualité.
9. 90 % des hôpitaux estiment que les **partenaires concernés** sont motivés pour mener le projet à sa réussite. Dans un contexte multipartite impliquant divers échelons ou hôpitaux/maisons de repos et de soins cela suppose la motivation de tous et des interventions spécifiques axées sur la promotion et la cohésion de groupe et sur leur collaboration.
10. Il ressort de cette étude que les hôpitaux ont indiqué que dans 62 % des projets, les médecins disposaient **d'instruments de soutien décisionnel**. Bien que ce point montre un important potentiel d'amélioration dans

40 % environ encore des hôpitaux, ce score indique la mise à disposition des partenaires d'instruments tels que le feedback, les « *reminders* » et les formations continues. La littérature décrit ces instruments comme étant des interventions importantes et des conditions préalables importantes à des soins transmuraux de haute qualité.

11. On constate également que 80 % des projets prévoient **une information des patients sur les traitements**. De nombreuses études montrent qu'une éducation thérapeutique structurée des patients permet d'éviter ou de retarder certaines complications, de diminuer le nombre des admissions à l'hôpital ou de raccourcir les séjours à l'hôpital. L'éducation des patients peut prendre la forme de dépliants ou de brochures, l'organisation de moments d'informations ou d'une éducation thérapeutique des patients (individuellement ou en groupe ou même parfois aussi en incluant la famille).
12. Pour encourager les hôpitaux à s'orienter vers une approche plus structurée, réfléchie et basée sur des processus des soins transmuraux, le SPF Santé publique a choisi de présenter aux hôpitaux le **modèle en 7 phases** tel qu'il a été mis au point par VANHAECHT *et al.*<sup>22</sup>. Lors d'un workshop au printemps 2012, les hôpitaux ont été informés du contenu et des possibilités d'application du modèle en 7 phases et il leur a été recommandé de se baser sur ce modèle pour développer et améliorer leur projet de soins transmuraux dans les prochaines années.

Le « modèle en 7 phases » propose à l'équipe multidisciplinaire qui doit développer un nouveau processus de soins transmuraux ou qui veut améliorer un processus existant une approche systématique. Les 61 items de qualité peuvent être intégrés dans ce modèle en 7 phases et ainsi permettre aux hôpitaux d'aller plus loin dans la mesure et l'évaluation du projet transmurale qu'ils ont choisi, comme cela a été le cas en 2011 sur la base de ce questionnaire à 61 items.

Le développement des soins transmuraux dans les hôpitaux belges est en plein essor. Les résultats montrent toutefois que le verre est à la fois à moitié plein et à moitié vide. Dans les prochaines années, les hôpitaux seront encouragés à développer et à mettre en œuvre progressivement le projet de soins transmuraux qu'ils ont choisi.

22 K. VANHAECHT, E. VAN GERVEN, S. DENECKERE, C. LODEWIJCKX, M. PANELLA, A. VLEUGELS et W. SERMEUS, « 7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden », *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2011, 67.



## CHAPITRE 3. INDICATEURS

### *Conclusions clés : Les indicateurs cliniques*

Le SPF Santé publique a communiqué à chaque hôpital sa position pour **sept indicateurs cliniques** qualité des soins. Seuls les « déviants hauts » (55 hôpitaux) et les « déviants bas » (50 hôpitaux) devaient faire rapport de leurs observations et des conséquences qu'ils tiraient de leur classement.

Six hôpitaux « déviants hauts » et sept hôpitaux « déviants bas » n'ont pas complété le rapport. Un hôpital s'est déclaré « déviant bas » alors qu'il ne l'était pas.

Que ce soit chez les « déviants bas » ou chez les « déviants hauts », le chef du service concerné est moins consulté que le médecin-chef ou le responsable du résumé hospitalier minimum.

15 hôpitaux sur 49 n'expliquent pas leur « bon résultat ». Les autres invoquent majoritairement une volonté délibérée et une organisation mise en place pour **favoriser la qualité**. Aucun ne met son classement ou la méthodologie en question.

10 hôpitaux sur 44 n'expliquent pas leur « **mauvais résultat** ». Trois hôpitaux déclarent que leur classement dévoile des problèmes qu'ils connaissaient ou qu'ils suspectaient et prennent des mesures. Les autres apportent des réponses diverses, où la validité de l'indicateur est mise en doute du fait que la courbe d'âge et les comorbidités dans leur hôpital les défavorisent, bien qu'il en ait été tenu compte dans l'élaboration de l'indicateur.

Nonobstant ces explications, 21 hôpitaux mettent en place des directives et recommandations et 19 un ou plusieurs indicateurs suivis en interne. cinq hôpitaux étudient un itinéraire clinique.

### Conclusions clés : mission et vision appliquées à un service

Les hôpitaux ont désigné un service qui s'est choisi **une mission et une vision** partagées par ses membres. Lesquelles ont donné lieu à un choix d'objectifs stratégiques déclinés en objectifs opérationnels dont l'évolution est suivie grâce à des indicateurs de structure, de processus et de résultat.

75 hôpitaux sur 176 choisissent un service **d'hospitalisation « classique »**, y compris psychiatrique, soins intensifs et d'urgence et services « mère-enfant ». 21 hôpitaux considèrent que leur vision et mission exprimées à hauteur de tout l'hôpital sont adoptées comme telles par les services.

Ce sont les **directions** au sens large (générale, médicale et infirmière) qui ont choisi le service, avec un rôle important du coordinateur qualité. Les responsables de l'hygiène hospitalière interviennent rarement : il semble exister un cloisonnement entre les buts du contrat et ceux de l'hygiène hospitalière. La personne qui fait ce choix est la même que le service soit « en difficulté » ou non.

Les **composantes** de la mission et de la vision sont partagées par les trois types d'hôpitaux (aigus, psychiatriques et Sp). Les hôpitaux psychiatriques se démarquent par l'importance attachée à la valeur « réseaux ».

Si à des titres légèrement variables d'un type d'hôpital à l'autre, les hôpitaux se réclament de la **qualité des soins**, de la **sécurité des patients** et du fait que celui-ci est au centre du processus de soins, le respect de l'**autonomie du patient** (*patient empowerment*) n'est évoqué que 17 fois. Le monde infirmier et paramédical est plus intéressé par cette dimension.

726 **objectifs opérationnels** sont décrits, parmi lesquels 525 sont déclarés « SMART » (75 %).

471 indicateurs de structure, 710 indicateurs de processus et 462 indicateurs de résultat sont décrits. 7 sur 10 ont une valeur cible, 8 sur 10 font l'objet d'un suivi. Le lien entre mission et vision, d'une part, objectifs opérationnels et **indicateurs** d'autre part, est souvent flou et mérite un nouvel effort pédagogique dans les années à venir.

## 1. INTRODUCTION

L'objectif de ce troisième pilier du contrat « coordination qualité et sécurité des patients » est de poursuivre la sensibilisation des hôpitaux et d'induire une réflexion critique sur l'utilisation des indicateurs cliniques (première partie) et sur la définition d'indicateurs de structure, de processus et de résultat dans le cadre d'une réflexion sur la mission et la vision d'un service particulier de l'hôpital, la définition d'un objectif stratégique et d'objectifs opérationnels que ces indicateurs doivent éclairer (seconde partie).

Au cours de la deuxième année de contrat (2009), il avait été demandé aux hôpitaux de faire l'inventaire des indicateurs utilisés pour gérer la qualité et la sécurité des patients. C'était 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) ont toutefois montré 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. Le SPF Santé publique a dès lors décidé d'aller un pas plus loin et, dans le cadre de la troisième année de contrat (2010), les hôpitaux ont dû lister les indicateurs qu'ils suivaient pour piloter la politique de qualité et de sécurité des patients et ceux liés aux actions d'amélioration.

## 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 (Institute of Medicine) ainsi que des différents types d'indicateurs (de structure, de processus, de résultat), nous vous renvoyons au rapport 2008-2009 (pp. 88 et s.).

### 2.2. Méthode de collecte des données

En 2008, un deuxième rapport « Feedback intégré et multidimensionnel des données administratives hospitalières » a été remis aux hôpitaux par le SPF Santé publique.

Dans ce feedback sont calculés 29 indicateurs répartis sur quatre dimensions : « performance clinique », « performance économique », « capacité et innovation » et « orientation patient ».

---

Lors de la quatrième année de contrat (2011), il a été demandé aux hôpitaux d'analyser de manière critique les sept indicateurs pour la dimension « performance clinique ». Pour chaque indicateur clinique, une analyse plus détaillée a été effectuée par le service Data Management « reporting et support » de la DG Soins de Santé et a été distribuée aux médecins-chefs. Chaque hôpital a reçu en même temps que le feedback un tableau de synthèse, sous forme d'une *Balanced Score Card* (BSC), contenant ses propres résultats pour les différents indicateurs. Grâce à ces informations, les hôpitaux ont pu déterminer la valeur significativement meilleure ou mauvaise des indicateurs cliniques. Outre les valeurs de l'indicateur, chaque hôpital se voit attribuer un numéro d'identification (ID) différent pour chaque indicateur. Ce numéro d'identification permet à l'hôpital de se situer par rapport aux autres hôpitaux dans les tableaux et graphiques du feedback.

En 2011, les hôpitaux ont analysé de manière critique le processus de soins correspondant aux indicateurs cliniques avec une valeur significativement déviante et ce, en collaboration avec le chef de service du service concerné et le médecin-chef. Ils ont dû répondre aux six questions suivantes :

1. Y a-t-il eu des changements et/ou des améliorations importantes dans la façon de coder? Si oui, lesquels?
2. Les directives ou recommandations ont-elles été correctement mises en place? Si oui, lesquelles? Si non, pourquoi pas?
3. Utilisez-vous, dans votre hôpital, des Itinéraires Cliniques ou d'autres outils de ce type? Si oui, lesquels? Si non, pourquoi pas?
4. Utilisez-vous, dans votre hôpital, des faisceaux de soins (*Bundles*) comme le « VAP Bundles »? Si oui, lesquels? Si non, pourquoi pas?
5. L'indicateur est-il suivi en interne (au niveau des services ou au niveau de l'hôpital)? Si oui, précisez. Si non, pourquoi pas?
6. Existe-t-il d'autres raisons pouvant expliquer les valeurs significativement déviantes?

Les hôpitaux ont présenté leurs résultats du pilier 3 via un document de reporting standardisé (Excel) conçu par le SPF Santé publique. Les données ont été traitées quantitativement et qualitativement au niveau national et quand c'était pertinent, par type d'hôpital.

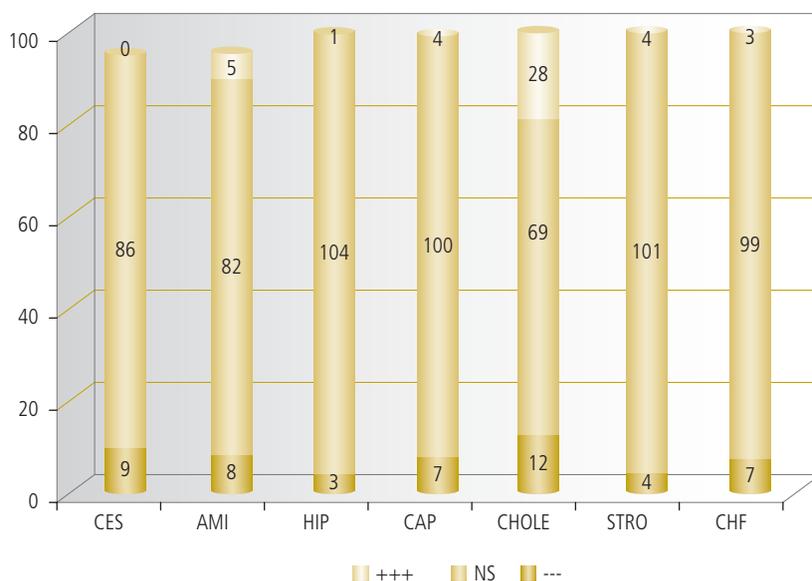
### 3. RÉSULTATS

#### 3.1. Indicateurs cliniques

Les valeurs de sept indicateurs cliniques mesurés lors de séjours hospitaliers dans les hôpitaux aigus ont été comparées au niveau national. Il s'agit du :

- taux de césariennes (CES);
- taux de létalité hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde (AMI);
- taux de létalité intra-hospitalière après une admission pour une fracture de la hanche (HIP);
- taux de létalité intra-hospitalière après admission pour pneumonie (CAP);
- taux de cholécystectomie laparotomique (CHOLE);
- taux de létalité intra-hospitalière après admission pour un accident vasculaire cérébral aigu (STRO);
- taux de létalité intra-hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive (CHF).

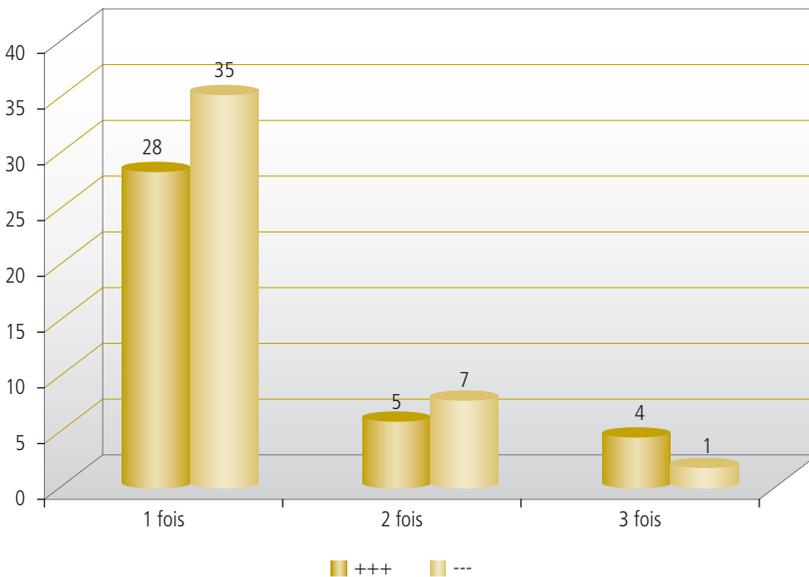
Graphique 1: distribution des « déviants hauts » (+++) et des « déviants bas » (---) par indicateur tels qu'ils ont été communiqués aux hôpitaux. En ordonnée, le nombre d'hôpitaux inclus pour chaque indicateur



Une comparaison a été réalisée entre tous les hôpitaux tant pour les taux observés que pour leur évolution dans le temps. Certains hôpitaux ont été classés comme « déviants hauts » (les « bons élèves ») ou comme « déviants bas » (les « mauvais élèves »).

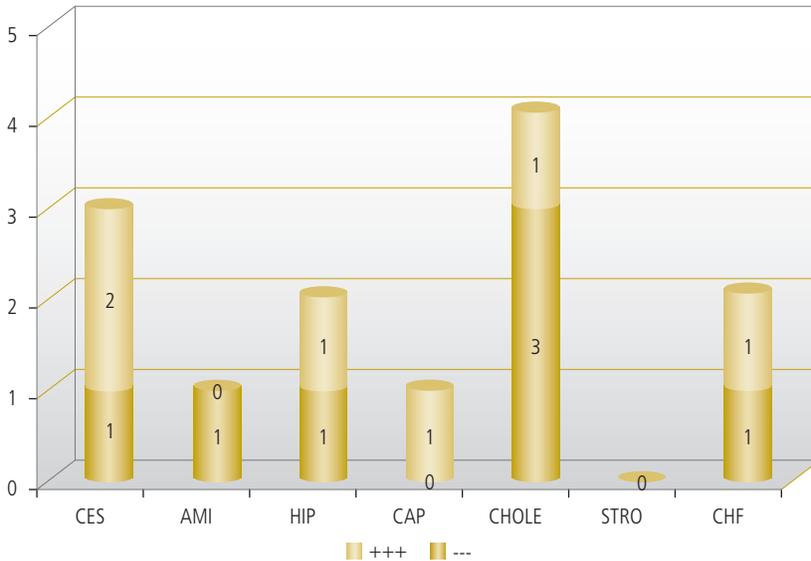
Il nous a semblé intéressant de voir si des hôpitaux obtenaient plusieurs classements positifs ou négatifs: c'est le cas pour neuf hôpitaux classés +++ et pour huit classés ---. Notons que sept hôpitaux réalisent le panachage d'un résultat négatif et d'un positif.

**Graphique 2: nombre d'hôpitaux classés positifs (+++) ou négatifs (---)**



Par indicateur, les hôpitaux ont reçu leurs chiffres propres et leur « score ». Ceux classés +++ et --- devaient le déclarer via le document de reportage standardisé. Ils devaient également commenter ce qui leur valait ce classement. Un certain nombre d'hôpitaux n'ont pas signalé leur classement et ceci qu'il soit bon ou mauvais. Un seul donne une explication à une omission de déclaration d'un indicateur « haut » et signale que les données ne lui ont pas été accessibles. Par ailleurs, un hôpital classé --, qui n'aurait donc pas dû analyser son « mauvais résultat », l'a fait comme s'il était « déviant bas » --- (graphique 3). Même si les omissions d'indicateurs bas (---) sont plus nombreuses, de nombreux hôpitaux ont omis de signaler et de commenter des indicateurs hauts (+++).

Graphique 3: relevé des hôpitaux --- et +++ qui ont omis de le signaler et de commenter leurs résultats, par indicateur.



### 3.1.1. Etude des indicateurs « déviants hauts » (+++)

Pour les indicateurs déviant de manière positive, le SPF Santé publique a demandé aux hôpitaux (n=55) de préciser la manière dont ils ont géré ce qui peut être une performance supranormale; 49 l'ont fait (tableau 1).

Tableau 1: les indicateurs « déviants hauts », réels et déclarés

nom de l'indicateur clinique	+++ réels	+++ déclarés
césariennes	10	8
létalité intra-hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde	5	5
létalité intra-hospitalière après une admission pour une fracture de la hanche	1	0
létalité intra-hospitalière après admission pour pneumonie	4	3
cholecystectomie laparotomique	28	27
létalité intra-hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu	4	4
létalité intra-hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive	3	2
<b>total</b>	<b>55</b>	<b>49</b>

L'indicateur « cholécystectomie laparotomique » était l'indicateur qui déviait de manière positive pour le plus grand nombre d'hôpitaux (n=28).

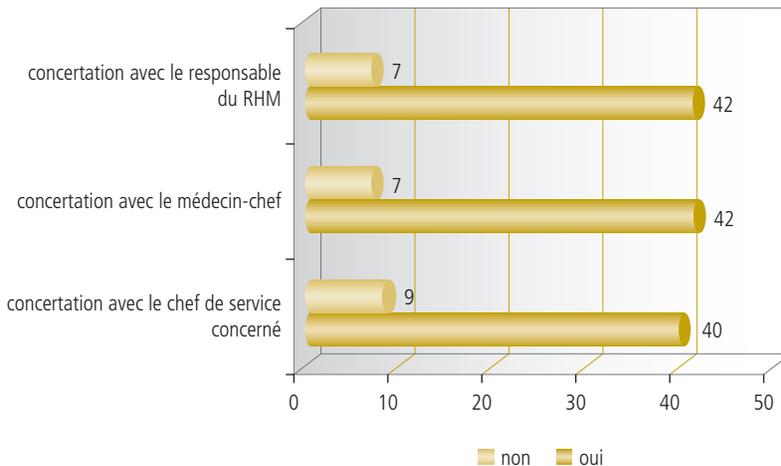
### 3.1.1.1. Avec qui sont discutées les valeurs des indicateurs ?

Tous les hôpitaux (n=49) déclarent discuter des valeurs des indicateurs avec au moins une des trois personnes suivantes: le responsable du Résumé Hospitalier Minimum (RHM), le médecin-chef ou le chef de service concerné (graphique 4).

Dans 30 hôpitaux, les valeurs des indicateurs sont discutées avec ces trois personnes. Pour les 19 autres hôpitaux, les résultats sont discutés avec au moins une de ces trois personnes.

Notons que dans 9 cas sur 49, le chef de service concerné n'a été ni consulté ni impliqué dans la discussion: il est globalement celui des trois dont l'avis est le moins recueilli.

Graphique 4: concertation concernant les indicateurs +++



### 3.1.1.2. Existe-t-il des raisons expliquant ces valeurs significativement déviantes ?

34 hôpitaux déclarent qu'il existe des raisons pouvant expliquer ces valeurs significativement déviantes, 15 hôpitaux déclarent qu'aucune raison peut expliquer ces valeurs déviantes.

49 hôpitaux avancent des explications diverses, que l'on trouvera détaillées ci-dessous. Notons que quatre hôpitaux seulement expliquent leurs résultats favorables par une approche ou une collaboration pluridisciplinaire et un seul sur les quatre y inclut la collaboration avec les médecins traitants.

Argumentation par indicateur :

- taux de césariennes (n=8) :
  - quatre hôpitaux ne livrent aucune analyse (l'un d'eux objecte néanmoins que les chiffres sont trop anciens pour être analysés) ;
  - trois hôpitaux déclarent que ces bons résultats sont l'effet d'une volonté délibérée du service de maîtriser les indications de césariennes, avec mise en place de suivi périodique, avec programme de formation des médecins et accoucheuses pour limiter le recours à la césarienne ;
  - un hôpital souligne l'effet d'un gynécologue *opinion-maker* et s'inquiète par ailleurs de son départ prochain, mais estime aussi qu'il reçoit peu de grossesses à risque.
- létalité intra-hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde (n=5)
  - quatre hôpitaux invoquent la présence sur place de la cardiologie interventionnelle (B2) et de la chirurgie cardiaque (B3) et l'existence de protocoles assurant un transfert rapide vers la salle de cathétérisme cardiaque. Les soins sont globalement très réglés par des protocoles s'appuyant sur *l'evidence-based medicine*. L'un d'eux souligne l'excellence de services « ancillaires » (soins intensifs) ;
  - un hôpital ne donne pas d'explication.
- létalité intra-hospitalière après une admission pour une fracture de la hanche (n=1)
  - le seul hôpital « déviant haut » a omis de le signaler.
- létalité intra-hospitalière après admission pour pneumonie (n=3)
  - trois hôpitaux ne font aucun commentaire.
- cholecystectomie laparotomique (n=27)
  - 22 hôpitaux vantent un résultat résultant d'engagements institutionnels ;
  - deux hôpitaux évoquent une équipe chirurgicale jeune ;
  - deux hôpitaux évoquent une équipe chirurgicale expérimentée ;
  - un hôpital souligne sa maîtrise de la codification ;
  - un hôpital signale l'existence d'un itinéraire clinique ;
  - un hôpital souligne la disponibilité non-stop d'équipes expérimentées ;
  - un hôpital souligne la collaboration avec l'équipe médicale ;
  - cinq hôpitaux ne font pas de commentaire.

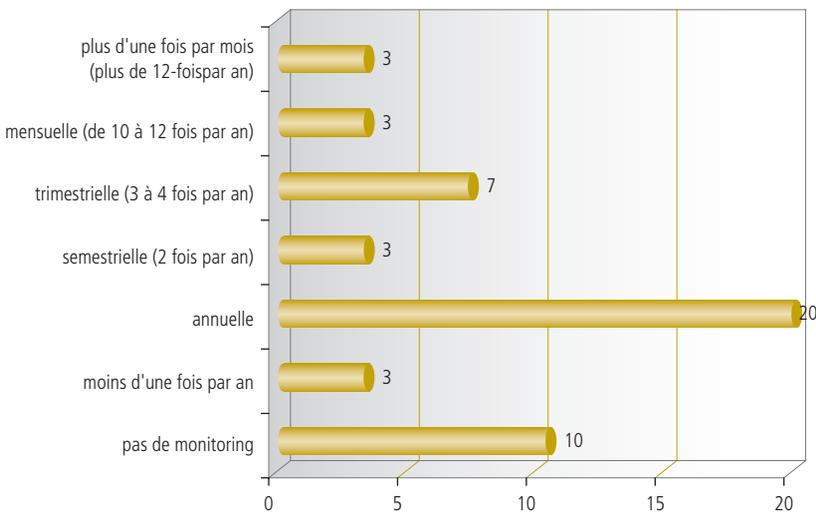
- létalité intra-hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu (n=4):
  - deux hôpitaux signalent une approche pluridisciplinaire (dont la création d'une unité cérébrovasculaire – stroke unit);
  - deux hôpitaux ne font pas de commentaire.
- létalité intra-hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive (n=2):
  - un hôpital mentionne l'existence d'une clinique de l'insuffisance cardiaque avec des liens étroits avec la médecine générale autour de l'hôpital;
  - un hôpital ne fait pas de commentaire.

### 3.1.1.3. Fréquence du monitoring des indicateurs

Dans 80% des cas, les indicateurs +++ (39 sur 49) sont monitorés par l'hôpital, généralement une fois par an (n=20).

Les indicateurs «taux de césariennes» et «taux de létalité intra-hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive» sont systématiquement monitorés dans tous les hôpitaux, la surveillance est plus variable pour les cinq autres indicateurs. Dans 10 cas sur 49, aucun monitoring n'est réalisé (graphique 5).

Graphique 5: fréquence du monitoring des indicateurs +++



### 3.1.2. Etude des indicateurs « déviants bas »

Au total, 50 hôpitaux ont précisé que certains indicateurs sont déviants de manière négative. 44 hôpitaux ont complété le rapport.

Rappelons que pour l'indicateur « taux de cholécystectomie laparotomique » (CHOLE), trois hôpitaux --- ne se sont pas signalés, mais qu'un hôpital -- a complété le rapport comme s'il était --- et que nous avons tenu compte de son rapport.

Tableau 2: les indicateurs « déviants bas » (---), réels et déclarés

nom de l'indicateur clinique	--- réels	--- déclarés
césariennes	9	8
létalité intra-hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde	8	7
létalité intra-hospitalière après une admission pour une fracture de la hanche	3	2
létalité intra-hospitalière après admission pour pneumonie	7	7
cholécystectomie laparotomique	12	10
létalité intra-hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu	4	4
létalité intra-hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive	7	6
<b>total</b>	<b>50</b>	<b>44</b>

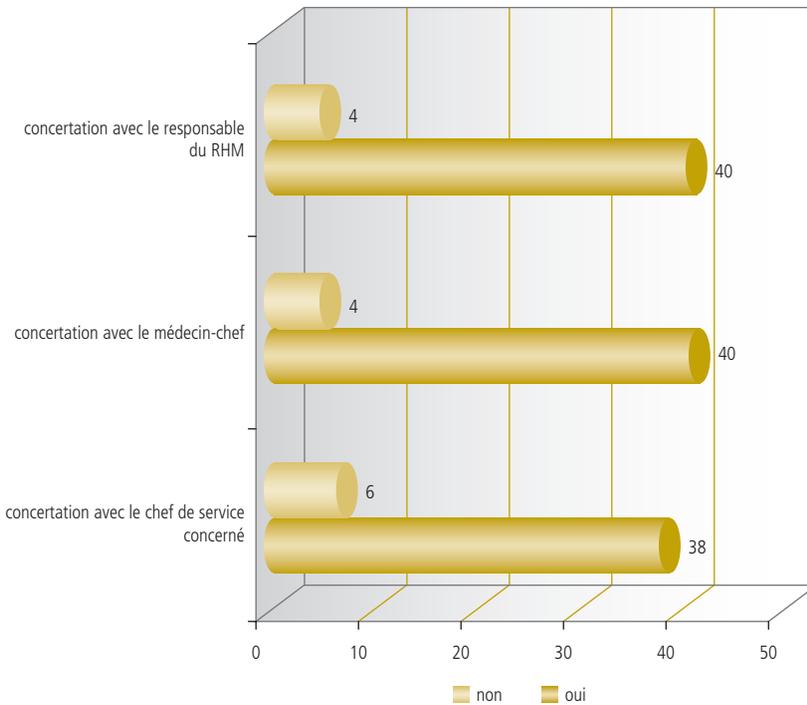
#### 3.1.2.1. Avec qui sont discutées les valeurs des indicateurs (---)?

Tous les hôpitaux déclarent discuter les valeurs des indicateurs avec au moins une des trois personnes suivantes : le responsable du RHM, le médecin-chef ou le chef du service concerné.

Dans 31 hôpitaux, les valeurs des indicateurs sont discutées avec ces trois personnes. Pour les 13 autres hôpitaux, les résultats sont discutés avec au moins une de ces trois personnes.

Une fois de plus, le médecin-chef du service concerné est le moins consulté des trois (6 cas sur 44). Il semble pourtant que ce soit la personne la mieux placée pour interpréter un résultat défavorable et, le cas échéant, élaborer les mesures de correction adéquates et les mettre en œuvre (graphique 6).

Graphique 6: concertation concernant les indicateurs ---



### 3.1.2.2. Problèmes avec le codage des données du Résumé Hospitalier Minimum (RHM)

Seize hôpitaux indiquent qu'il y a eu des problèmes de codage des données du Résumé Hospitalier Minimum (RHM) et 14 de ceux-ci ont prévu des actions d'amélioration.

### 3.1.2.3. Raisons expliquant les valeurs significativement déviantes ?

Explications pour les valeurs significativement déviantes, par indicateur :

- taux de césariennes (n=8) :
  - trois hôpitaux ne livrent aucune analyse ;
  - un hôpital déclare que son analyse est en cours ;
  - deux hôpitaux admettent qu'il y a dans l'hôpital une habitude d'inductions électives, l'un évoque une pression des pédiatres dans ce sens ;

- un hôpital conclut à un réel problème et analyse par site les données sur les césariennes et sur les inductions et propose un plan d'action global. Nous retrouverons cet hôpital dans la seconde partie de cette analyse du pilier 3;
- un hôpital se justifie par le fait qu'il y a plus de césariennes que la norme dans sa province.
- létalité intra-hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde (n=7):
  - cinq hôpitaux évoquent une sélection des cas graves, dus à l'absence de B2-B3 dans leur hôpital (ce qui implique le transfert des patients stables pour dilatation et le maintien dans l'hôpital des cas plus défavorables);
  - un hôpital invoque une moyenne d'âge élevée;
  - un hôpital ne donne pas d'explication.
- létalité intra-hospitalière après une admission pour une fracture de la hanche (n=2):
  - deux hôpitaux invoquent l'âge et les comorbidités de leur population.
- létalité intra-hospitalière après admission pour pneumonie (n=7):
  - trois hôpitaux mettent en cause la difficulté d'encoder les pneumonies (confusion avec bronchopneumonies) et celle de séparer ce qui est acquis à l'hôpital de ce qui est communautaire. Cette dernière critique peut effectivement être fondée, selon la manière dont l'hôpital réalise sa codification;
  - un hôpital évoque un traitement suboptimal dû à un forfait pharmacie dépassé;
  - un hôpital mentionne une prise en charge hétérogène, sans guidelines partagés entre les acteurs: il propose un plan d'action détaillé;
  - un hôpital loue l'efficacité du Groupe de Gestion de l'Antibiotique – GGA<sup>23</sup>;
  - un hôpital ne commente pas ce score.
- taux de cholécystectomie laparotomique (n=10):
  - l'encodage est peu spécifique, on mélange cholécystite et cholélithiase;
  - les chiffres sont anciens: les attitudes ont changé;
  - un hôpital reconnaît un taux de conversion trop élevé: on s'y attaque avec les chirurgiens concernés;
  - davantage de cas graves sur cette période;
  - deux hôpitaux évoquent la lourdeur des cas (oncologie), plaident pour être comparés à des profils égaux (tous deux sont des hôpitaux académiques);
  - un hôpital trouve cet indicateur peu utile.

23 Il y a visiblement ici une confusion quant à la compréhension de cet indicateur, puisque cet hôpital commente un « mauvais » résultat.

- 
- létalité intra-hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu (n=4):
    - un hôpital signale abriter le seul service de neurochirurgie dans la région: on lui transfère des cas hémorragiques lourds;
    - un hôpital évoque une courbe des âges peu favorable;
    - deux hôpitaux ne font pas de commentaire.
  - létalité intra-hospitalière après admission pour insuffisance cardiaque congestive (six hôpitaux):
    - deux hôpitaux évoquent l'âge des patients et la durée d'une maladie dont le déroulement est essentiellement extrahospitalier. L'épisode hospitalier est le point final d'un parcours que l'hôpital ne maîtrise pas. Ils signalent l'intérêt des cliniques de l'insuffisance cardiaque;
    - un hôpital critique l'encodage local;
    - trois hôpitaux ne font pas de commentaires.

#### 3.1.2.4. *Actions d'amélioration mises en place suite à l'analyse du processus de soins*

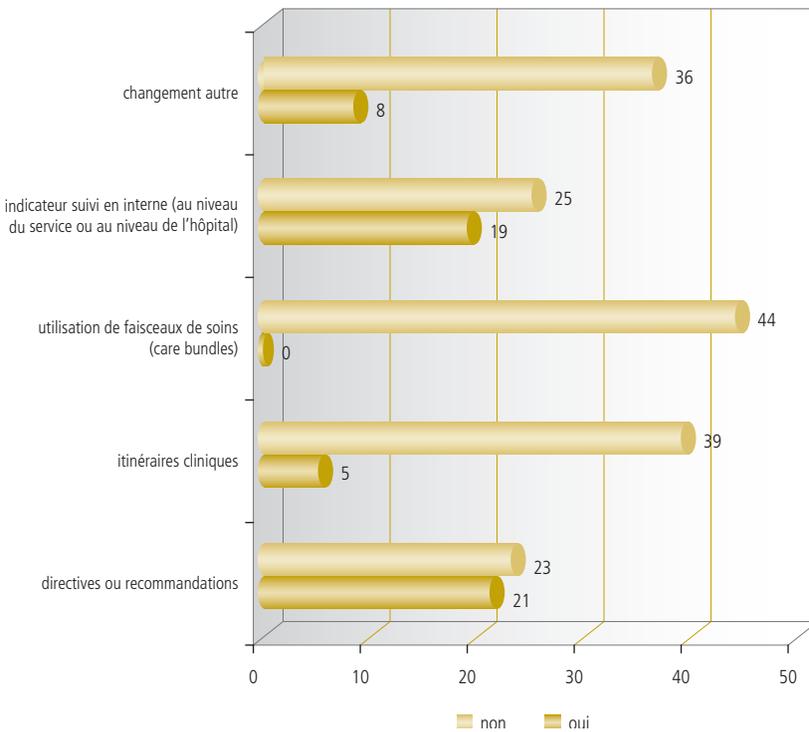
Les changements les plus souvent cités suite à l'analyse du processus de soins sont la création de directives ou recommandations (n=21) et la mise en place d'un indicateur suivi en interne (au niveau du service ou au niveau de l'hôpital) (n=19).

L'analyse du processus de soins mène à la création ou à l'adaptation d'un itinéraire clinique dans cinq hôpitaux. Huit hôpitaux précisent d'autres changements suite à l'analyse du processus de soins qui vont de la création d'un itinéraire clinique à un effort portant sur la codification. Cette analyse n'amène aucun hôpital à utiliser les faisceaux de soins (*care bundles*) (graphique 7). Toutefois, un hôpital « déviant haut » souligne la parenté entre l'ensemble des réglementations de bonne pratique et le *care bundle* pour ce qui est de l'indicateur « létalité intra-hospitalière suite à une admission pour infarctus aigu du myocarde ».

Rappelons que la procédure *care bundle* va plus loin que la diffusion et l'observance de bonnes pratiques. Elle s'appuie effectivement sur un « bouquet » de recommandations (*evidence-based*) dont l'efficacité est soutenue par des éléments probants, pour lesquels on vise une observance systématique et de tous les instants pour chaque patient: cette observance fait l'objet d'un monitoring, le résultat de celui-ci est mis en rapport avec le résultat clinique (mise en concordance d'un indicateur de processus et d'un indicateur de résultat).

Enfin, neuf hôpitaux déclarent que l'analyse du processus de soins n'a mené à aucun changement (jusqu'à présent).

**Graphique 7: actions d'amélioration suite à l'analyse du processus de soins**

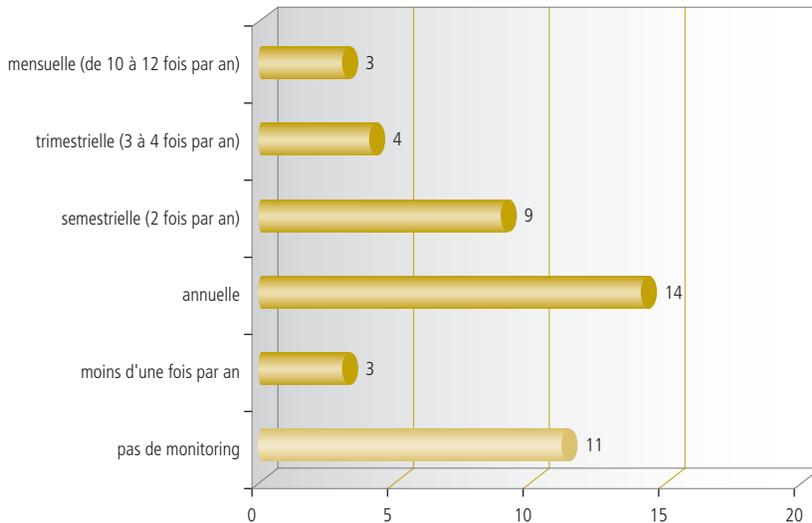


### 3.1.2.5. Fréquence du monitoring des indicateurs ---

Un monitoring est instauré chez 75% des hôpitaux à indicateurs --- (33 sur 44), généralement une fois par an (n=14).

Il y a toujours un monitoring pour l'indicateur « taux de césariennes » et pour l'indicateur « létalité intra-hospitalière après admission pour accident vasculaire cérébral aigu » mais pour les cinq autres indicateurs (n=11), il n'y a parfois pas de monitoring (graphique 8).

Graphique 8: fréquence du monitoring des indicateurs ---



### 3.1.2.6. Feedback aux cliniciens

27 hôpitaux déclarent faire un feedback régulier aux cliniciens concernés.

## 3.2. Mission-vision appliquée à un service ou à un département

La définition d'une mission et d'une vision comme guide et comme moteur d'impulsion est souvent vécue comme une initiative top-down de la direction de l'hôpital. Il semblait important de pousser les hôpitaux à repartir d'une unité fonctionnelle limitée pour les redéfinir et idéalement veiller à leur cohérence avec la mission et la vision de l'hôpital entier. A partir de cette (nouvelle) définition, l'hôpital est ensuite invité à se définir un objectif stratégique et à le décliner en objectifs opérationnels. La progression de ces derniers sera évaluée par des indicateurs de structure, de processus et de résultat. Le système d'enregistrement et de rapportage guide les hôpitaux dans cette définition, en favorisant l'adoption d'objectifs « SMART » (Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes et définis dans le Temps). L'architecture des indicateurs favorise la définition de proportions dont les numérateurs et dénominateurs sont décrits et de valeurs cibles que se fixe l'hôpital. Nous avons pu analyser 176 réponses sur les 179 hôpitaux questionnés.

### 3.2.1. Service ou département pour lequel une mission et une vision ont été formulées

Les hôpitaux pouvaient choisir le service concerné dans une liste déroulante. Le choix était vaste et détaillé, de sorte que les choix sont éparpillés et sont difficiles à analyser, d'autant que la catégorie la mieux représentée est la catégorie « autre ».

Tableau 3: service concerné

autre	70
neuropsychiatrie d'observation et de traitement	10
maternité	7
affections neurologiques	6
gériatrie	6
service 100 – urgences	6
neuropsychiatrie de traitement	5
pharmacie	4
réadaptation fonctionnelle	4
bloc opératoire	3
médecine nucléaire	3
soins intensifs	3
chirurgie obstétricale	2
hospitalisation de jour (autre)	2
hospitalisation de jour en chirurgie	2
hospitalisation de jour en oncologie	2
médecine de la reproduction	2
psycho-gériatrie	2
sans réponse	2
affections cardio-pulmonaires	1
affections locomotrices	1
anatomopathologie	1
biologie clinique	1
cardiologie	1
chirurgie abdominale	1

chirurgie générale	1
chirurgie vasculaire	1
clinique de la douleur	1
gastro-entérologie (médecine digestive)	1
hématologie	1
hospitalisation mixte	1
imagerie médicale	1
imagerie médicale avec RMN	1
laboratoire du sommeil	1
médecine interne	1
médecine nucléaire avec Pet-scan	1
neurologie	1
neuropsychiatrie de jour	1
neuropsychiatrie de nuit	1
neuropsychiatrie infantile	1
oncologie	1
orthopédie	1
pédiatrie	1
pneumologie	1
polyclinique	1
quartier accouchements	1
radiothérapie	1
réadaptation fonctionnelle (autre)	1
réadaptation fonctionnelle neurologique	1
réadaptation fonctionnelle psychiatrique	1
sénologie	1
soins néonataux intensifs	1
soins palliatifs	1
stérilisation	1
<b>total</b>	<b>176</b>

Le SPF Santé publique a procédé à un regroupement sur la base des descriptions que fournissent les hôpitaux et d'affecter chacune de ces descriptions à

une ou plusieurs propriétés qui semblent intéressantes pour l'information du lecteur, ce que nous envisagerons plus en détail dans la discussion.

**Tableau 4: classement par regroupement (plusieurs choix possibles)**

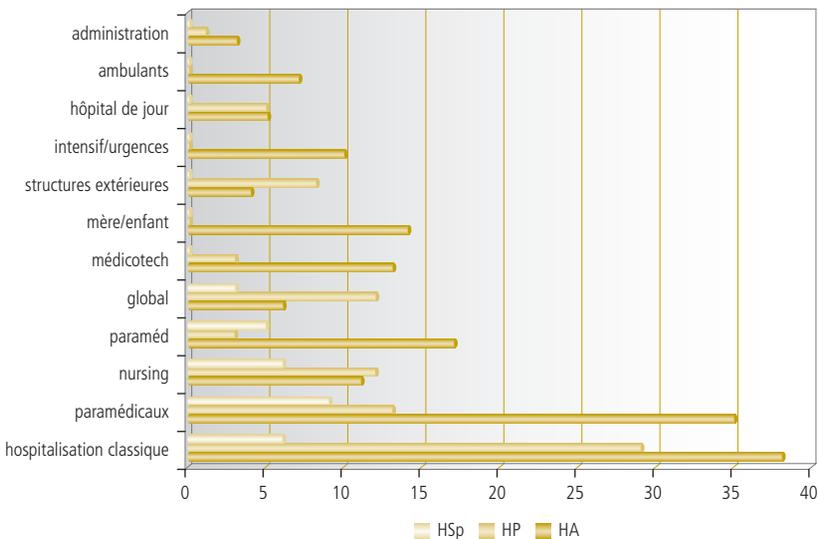
	aigu	psy	Sp	total
hospitalisation classique	38	29	6	73
pluridisciplinaire	35	13	9	57
nursing	11	12	6	29
paramédical	17	3	5	25
global	6	12	3	21
médicotechnique	13	3	0	16
mère-enfant	14	0	0	14
structures extérieures	4	8	0	12
soins intensifs/urgences	10	0	0	10
hôpital de jour	5	5	0	10
ambulants	7	0	0	7
administration	3	1	0	4

- nous avons regroupé dans une vaste catégorie les services et départements « **d'hospitalisation conventionnelle** », y compris les services d'hospitalisation psychiatriques, dont le contour ne sortait pas franchement des limites traditionnelles d'un service classique ;
- la catégorie « **pluridisciplinaire** » comprend les initiatives regroupant explicitement plusieurs spécialités médicales. Elle reprend des pôles d'activité devenus classiques (clinique du sein...) et des initiatives plus novatrices dans le domaine de la réhabilitation ou de l'hospitalisation aigüe des accidents vasculaires cérébraux par exemple ;
- beaucoup de projets sont initiés par le département infirmier, le plus souvent limités à celui-ci : ils sont repris sous l'étiquette « **nursing** » ;
- quelques projets naissent au sein des **services administratifs**, généralement en contact avec les patients (admission, secrétariat des consultations, ...) ;
- la catégorie « **paramédicale** » reprend des projets où les disciplines paramédicales sont impliquées et pour lesquels leur spécificité est reconnue et recherchée. Cette catégorie reprend également des projets dont ces paramédicaux en sont les promoteurs (kinésithérapie en général) ;
- plusieurs hôpitaux, souvent de petites institutions, soulignent le fait que la définition d'une mission et d'une vision est une définition qui engage

l'hôpital entier et qu'il n'y a pas de sens à décliner cette définition service par service. Ils font référence aux définitions qu'ils ont publiées. Ils sont repris sous l'étiquette « **global** » ;

- la catégorie « **médicotechnique** » comprend aussi bien les services d'imagerie, le laboratoire et la médecine nucléaire. Nous y avons inclus la pharmacie qui apparaît trois fois ;
- nous avons traité à part les **soins intensifs** et l'**urgence**, ainsi que le **secteur « mère-enfant »** ;
- peu de projets affichent clairement une volonté de travailler avec des « **structures extérieures** » ou avec les médecins généralistes, on s'étonnera peu d'en voir la majorité dans le secteur psychiatrique ;
- le secteur « **ambulants** » reprend les consultations et la dialyse ;
- enfin, le secteur « **jour** » reprend l'hospitalisation de jour qu'elle soit chirurgicale, médicale, psychiatrique, oncologique ou pédiatrique ;
- ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives.

**Graphique 9: répartition des missions et visions dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp selon les différentes catégories**



Les services d'hospitalisation classiques et les initiatives médicales pluridisciplinaires sont également représentés dans les trois types d'institutions. Bien entendu, les services « mère-enfant » et les « services intensifs et d'urgence » ne sont représentés que dans les hôpitaux aigus.

Les initiatives mêlant le monde paramédical et les initiatives issues du nursing sont davantage l'apanage des secteurs psychiatriques et revalidation. Quatre hôpitaux aigus et huit hôpitaux psychiatriques mettent en avant des initiatives visant les praticiens extrahospitaliers. Quatre hôpitaux au total (aigus et psychiatriques) citent une initiative issue du secteur administratif.

21 hôpitaux surtout psychiatriques et Sp estiment que leur déclaration institutionnelle de mission et de vision est adoptée telle quelle par les services.

### 3.2.2. Responsable de la sélection du service ou du département pour formuler une vision et une mission

La catégorie « autre » (tableau 5) précise le plus souvent le titre d'un responsable qui a le rang de directeur. Plusieurs réponses sont possibles. Le choix est le plus souvent collégial : si une direction est citée, c'est le plus souvent conjointement à un comité de direction ou à un comité « qualité et/ou sécurité des patients » par exemple. Notons la faible implication du secteur pharmaceutique (pharmacien et comité médico-pharmaceutique).

Tableau 5: responsable du choix du service ou du département

direction – comité de direction	93
coordinateur qualité et/ou sécurité des patients	91
comité qualité et/ou sécurité des patients	77
chef du département infirmier	74
directeur médical	47
médecin : médecin-chef	47
directeur général	43
infirmier en chef (et/ou cadre intermédiaire)	37
médecin	26
autre	19
direction – adjoint à la direction	18
directeur administratif	10
directeur financier	7
responsable du résumé hospitalier minimum	6

pharmacien	6
département des ressources humaines	4
infirmier	4
infirmier hygiéniste	4
comité d'hygiène hospitalière	4
directeur logistique	3
directeur informatique	2
conseiller en prévention	2
comité médico-pharmaceutique	2
comité nutritionnel ou diététiciens	2
médecin: médecin hygiéniste	1
commission d'évaluation de la qualité des soins	1
comité de transfusion	1
comité de concertation « gestionnaire – médico hospitalier »	0

L'hygiène hospitalière intervient neuf fois dans le choix (pour 176 hôpitaux), que ce soit via l'équipe d'hygiène (médecin et infirmière hygiéniste), ou via le comité d'hygiène hospitalière. Sur ces neuf hôpitaux, on retrouve un souci d'hygiène exprimé dans la vision, la mission ou les objectifs opérationnels chez trois d'entre eux: l'un qui bâtit un projet uniquement centré sur l'hygiène au niveau global de l'institution (hôpital Sp), un hôpital Sp qui défend un programme de qualité pour son département de réadaptation fonctionnelle et qui inclut l'hygiène des mains dans ses objectifs et ses indicateurs et enfin un hôpital psychiatrique, qui met sur pied un projet sécurité s'étendant à toute l'institution, y compris aux services ancillaires comme la cuisine, où l'hygiène des mains fait partie des indicateurs. On a cherché en vain une allusion explicite à l'hygiène dans les missions et visions des quatre autres institutions.

### **3.2.3. Raisons de la sélection du service ou du département**

La catégorie « autre » regroupe des précisions sur des catégories existantes, dont l'inscription dans des programmes de qualité avec mise en place d'indicateurs (EFQM, ISO, radiothérapie...), la préparation à un processus d'accréditation (B-Quantum et autres) et très souvent la volonté exprimée par le service ou le déclarant de s'améliorer (tableau 6).

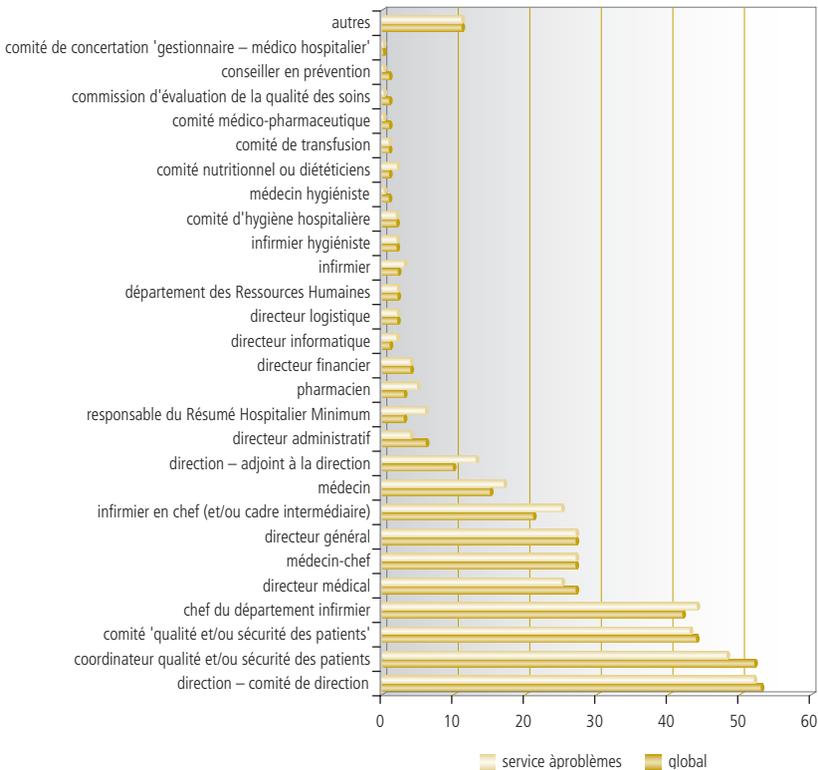
Nous avons cherché à savoir si les acteurs qui ont choisi le service à étudier sont différents et si le choix est clairement guidé par la préoccupation : « nous avons affaire à un service qui a des problèmes ». Nous avons isolé les services pour lesquels étaient signalés une charge de travail excessive, un sous-effectif, un problème de compétence, des absences, une enquête de satisfaction des patients, des plaintes ou des incidents.

**Tableau 6: raisons pour lesquelles le service ou département a été choisi**

compétences et aptitudes de l'équipe et/ou du service	74
autre initiative qualité	51
autre	46
demande de la direction infirmière	40
à l'initiative du service	40
incidents	26
demande du chef de service	25
demande du médecin-chef	25
plaintes	17
charge de travail excessive	14
mauvais résultats pour l'enquête de satisfaction des patients	13
indicateurs déviants	13
mesure de la culture de la sécurité des patients	11
(sous-)effectifs	10
indications du résumé hospitalier minimum (RHM)	10
enquête de satisfaction du personnel	9
coûts élevés	5
absences pour maladie	4

Nous n'avons trouvé aucune différence entre cette catégorie (96 hôpitaux) et les 176 hôpitaux globalement analysés : les acteurs choisissant les services ou départements sont les mêmes dans les deux cas.

**Graphique 10: responsable pour formuler la mission et vision spécifique**



Le choix du service ou du département a souvent été guidé par les projets qualité en cours dans l'hôpital et par le fait que le service choisi avait une implication et ou une expertise dans la gestion d'un projet. Le poids du monde infirmier dans ce choix confirme la bonne percée des initiatives promues par le contrat qualité dans ce département.

Notons que, dans un seul cas, le choix a porté sur un service qui avait reçu une côte déviante basse pour l'indicateur « césariennes » examiné dans le chapitre précédent et qui avait déjà présenté une analyse critique de ses résultats et sa volonté de s'attaquer aux sources du problème.

### 3.2.4. Communication de la sélection du service ou du département ayant formulé une mission et vision

Les responsables directs du service ou leurs cadres ont été (assez naturellement) les premiers interlocuteurs (tableau 7).

**Tableau 7: moyen de diffusion pour communiquer quel service ou département a été sélectionné pour formuler une mission et vision**

discussion personnelle avec le(s) responsable(s) du service	122
réunion avec les cadres responsables	90
mail, courrier	36
autre	33
conseil médical	16
téléphone	8

Les réponses dans la catégorie « autre » font référence à des comités (de direction, du quartier opératoire, de service, de staff ou de pôle pluridisciplinaire...), à l'internet, etc.

### 3.2.5. Moyen de communication au sein du service ou département sélectionné pour formuler une mission et vision

Le tableau 8 nous montre que la communication dans le service/département se fait principalement lors de réunions spécifiques de service (n=111).

**Tableau 8: moyen de communication au sein du service ou département sélectionné pour formuler une mission et vision**

réunion(s) de service spécifique(s)	111
concertation avec les infirmier(e)s	81
concertation avec le(s) médecin(s)	62
mail, courrier	32
autre	26
téléphone	6

---

Les réponses placées dans la catégorie « autre » précisent surtout le type de réunion de service, ou font allusion à des groupes pluridisciplinaires, à la diffusion d'information sur support écrit (flyer, journal d'entreprise), ou par intranet.

### 3.2.6. Composantes de la mission du service ou du département

Quelles composantes, parmi celles citées ci-dessous, retrouvez-vous dans la mission de votre service/département ?

**Tableau 9: composantes de la mission**

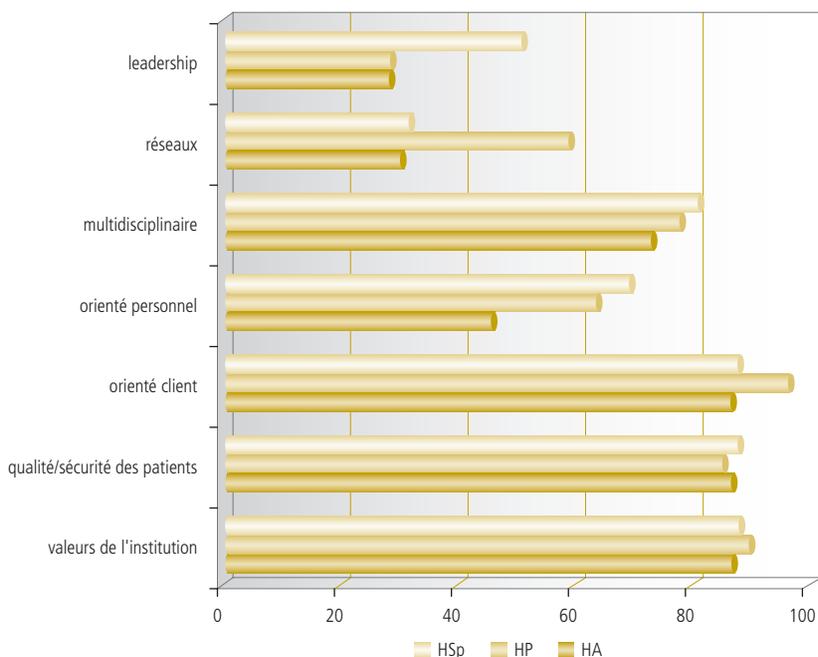
orientation client	160
valeurs de l'institution	157
composantes générales qualité et/ou sécurité des soins	153
multidisciplinarité	134
orientation personnel	95
réseaux	69
leadership	51

Les hôpitaux pouvaient choisir une ou plusieurs composantes qu'ils estimaient retrouver dans leur mission et dans leur vision. Nous les avons regroupées par type d'hôpital, à la recherche de spectres spécifiques. Les hôpitaux pouvaient choisir plusieurs composantes de leur mission parmi les valeurs institutionnelles, la dimension globale de qualité et de sécurité, une orientation client, une orientation personnel, la multidisciplinarité, la mise en réseau et le leadership.

Les trois premières composantes l'emportent sur l'orientation personnel et la multidisciplinarité; la mise en réseau et le leadership viennent en dernier (tableau 9).

Sans beaucoup de surprise (compte tenu de l'actualité de l'article 107), la différence essentielle est l'intérêt particulier que portent les hôpitaux psychiatriques pour les réseaux. Dans ce groupe d'hôpitaux psychiatriques, l'orientation client touche quasi tous les hôpitaux. Le pic de la composante « leadership » dans les hôpitaux Sp est difficile à commenter compte tenu du petit nombre d'institutions (graphique 11).

Graphique 11: composantes de la mission dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp, exprimées en pourcentage du total d'hôpitaux de chaque catégorie



### 3.2.7. Composantes de la vision du service/département

Parmi une liste structurée, les hôpitaux ont dû choisir une ou plusieurs composantes se retrouvant dans la vision du service ou département sélectionné.

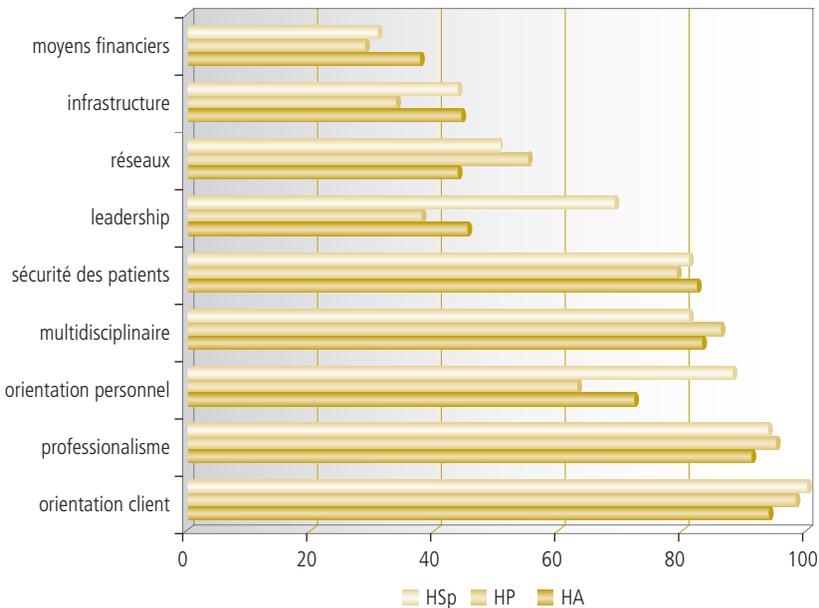
Nous avons fait le même exercice pour les composantes de la vision. Nous les avons regroupées par type d'hôpital, à la recherche de spectres spécifiques. Les hôpitaux pouvaient choisir plusieurs composantes de leur vision parmi une orientation client, une orientation personnel, la multidisciplinarité, la mise en réseau, le leadership, le professionnalisme, la sécurité du patient, l'infrastructure et les moyens financiers (tableau 10).

**Tableau 10: composantes de la vision**

orientation client	169
professionnalisme	163
multidisciplinarité	147
sécurité des patients	142
orientation personnel	124
réseaux	85
leadership	79
infrastructure	72
moyens financiers	60

L'orientation client et le professionnalisme sont les composantes les plus présentes, suivies de l'orientation personnel, de la multidisciplinarité et de la sécurité des patients. Le leadership, la mise en réseau, l'infrastructure et les moyens financiers sont moins cités (graphique 12).

**Graphique 12: composantes de la vision dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp, exprimées en pourcentage du total d'hôpitaux de chaque catégorie**



Nous ne pouvons que constater la grande ressemblance de ces trois types d'hôpitaux, si on excepte ici aussi la plus grande représentation de la composante « leadership » dans les hôpitaux Sp, toutefois en petit nombre.

### 3.2.8. Formulation des objectifs stratégiques au niveau du service/département

150 institutions sur 173 réponses analysables répondent positivement et déclarent qu'ils ont formulé un objectif stratégique, néanmoins, 165 hôpitaux communiquent au moins un objectif opérationnel à la question suivante.

### 3.2.9. Objectifs opérationnels

Les hôpitaux énumèrent leurs objectifs opérationnels et spécifient s'ils estiment que les critères SMART sont rencontrés, autrement dit, que leurs objectifs sont Spécifiques, Mesurables, Acceptables, Réalistes et définis dans le Temps.

Au total, 726 objectifs opérationnels sont décrits, dont 525 sont décrits comme SMART.

165 hôpitaux décrivent au moins un objectif, 101 en décrivent cinq.

Tableau 11: nombre d'objectifs opérationnels déclarés et la proportion d'objectifs SMART

	SMART	total	% SMART
5 objectifs opérationnels	78	101	78
4 objectifs opérationnels	101	134	75
3 objectifs opérationnels	110	151	73
2 objectifs opérationnels	116	158	73
1 objectif opérationnel	124	165	75

Ces objectifs opérationnels sont monitorés par des indicateurs, de structure, de procédure et de résultat.

### 3.2.10. Indicateurs

#### 3.2.10.1. Indicateurs de structure

471 indicateurs sont décrits, dont 208 comportent la description d'un numérateur et d'un dénominateur (44 %).

326 déclarent définir une valeur cible pour leur indicateur (69 %); 389 font l'objet d'un suivi (83 %) et 290 formulent ces deux propriétés (62 %).

---

### 3.2.10.2. Indicateurs de processus

710 indicateurs sont décrits, dont 668 comportent la description d'un numérateur et d'un dénominateur (94 %). Une valeur cible a été définie pour 491 indicateurs (69 %), 571 font l'objet d'un suivi (80 %) et 428 formulent ces deux propriétés (60 %).

### 3.2.10.3. Indicateurs de résultat

462 indicateurs sont décrits, dont 430 comportent la description d'un numérateur et d'un dénominateur (93 %).

296 déclarent définir une valeur cible pour leur indicateur (64 %).

389 font l'objet d'un suivi (84 %).

273 formulent ces deux propriétés (59 %).

### 3.2.10.4. Exemples

Trois exemples ont été choisis pour évaluer dans quelle mesure les hôpitaux qui promeuvent un principe d'autonomie du patient dans leur mission ou leur vision, font passer cette préoccupation au travers d'objectifs opérationnels puis d'indicateurs pour en assurer le suivi. Ces exemples illustrent la variabilité de la compréhension du continuum vision – objectifs opérationnels – indicateurs.

#### Hôpital 1

*Vision:*

Le prestataire de soin donne au patient une information claire, compréhensible, suffisante et adéquate. Elle doit permettre au patient de choisir de manière éclairée quel niveau de santé est acceptable pour lui. Il joue donc un rôle actif dans son processus de traitement et de soins.

*Un objectif opérationnel est décrit:*

Chaque patient doit recevoir une information suffisante avant le début de son traitement.

*Aucun indicateur ne s'y rapporte.*

#### Hôpital 2

*Vision:*

Chaque enfant/adolescent a le droit de recevoir les informations et de participer aux décisions le concernant.

*Aucun objectif opérationnel et aucun indicateur n'est formulé.*

### Hôpital 3

*Vision :*

Si le patient a des droits nous estimons qu'il a aussi la responsabilité de collaborer de façon active et selon ses capacités aux soins infirmiers qu'il reçoit. Il est ainsi invité à exprimer ses attentes en toute confiance. En outre, nous pensons que l'entourage du patient doit pouvoir être impliqué dans le travail thérapeutique.

Un *objectif opérationnel* est décrit, qui est en rapport avec cette vision :

En 2012, le patient mis sous contention aura le sentiment d'avoir pu exprimer ses émotions à un professionnel durant sa mise en isolement.

Un *indicateur de procédure* est décrit sous la forme d'un numérateur et d'un dénominateur :

Pourcentage de patients attachés/isolés chez qui une note sur le consentement se trouve dans le dossier de soins.

Un *indicateur de résultat*, basé sur le résultat d'une enquête existe également : Nombre de patients ayant le sentiment d'avoir pu exprimer leurs émotions à un professionnel durant leur mise en isolement/patients interrogés.

### Hôpital 4

Ce dernier exemple est celui d'un hôpital qui a un indicateur clinique bas (---) pour la fréquence des césariennes et qui a choisi le service concerné pour redéfinir sa vision et sa mission :

*Mission :*

Aboutir à une prise en charge obstétricale répondant à la sécurité de la parturiente et du bébé avec une tendance proche des moyennes nationales de césariennes et d'inductions.

*Vision :*

Nous optons pour une analyse détaillée. Nos résultats sont le reflet de la pratique de la césarienne. Dès lors, nous souhaitons comprendre les raisons de nos différences par rapport à la moyenne nationale ainsi que les différences entre nos sites. Nous souhaitons également nous pencher sur le taux d'induction pratiqué sur nos sites. Le but étant de tirer un certain enseignement voire un bénéfice de nos différences de fonctionnalité.

Un *objectif stratégique* est défini :

Aborder la problématique de la césarienne auprès de nos gynécologues en chef avec pour objectif de tendre à la moyenne nationale (césarienne et induction) sur nos deux sites.

Des *indicateurs* pertinents et détaillés sont élaborés entre autres :  
Nombre de premières césariennes :  
numérateur : nombre de premières césariennes  
dénominateur : nombre d'accouchements – (nombre de césariennes répétées + nombre d'accouchements par voie basse suite à une césarienne antérieure).

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Indicateurs cliniques

L'analyse des résultats de la **première partie**, portant sur les **indicateurs cliniques**, permet de cerner certaines conclusions.

1. Les hôpitaux classés « déviants hauts » pour ces indicateurs acceptent généralement leur classement. Le seul reproche fait à l'indicateur porte sur l'ancienneté des données.
2. Les hôpitaux estiment généralement que leurs bons résultats sont liés à une **politique** concertée du service ou de l'hôpital. Certains soulignent l'importance que peut avoir un « leader », un « opinion maker » dans ces résultats.
3. Cependant, seuls quatre hôpitaux expliquent leurs résultats favorables par une approche ou une **collaboration pluridisciplinaire** et 1 seul sur les 4 y inclut la collaboration avec les médecins traitants.
4. Seulement 3 hôpitaux sur les 44 classés comme « déviants bas » reconnaissent qu'ils sont face à un **problème** dont ils avaient une connaissance au moins partielle. Mais la prise de connaissance de ces résultats les pousse à mettre sur pied un plan d'action. Un hôpital a choisi le service concerné pour la redéfinition d'une mission et d'une vision et le suivi par indicateur (voir exemple 4 au point III.2.13). Les deux autres proposent des mesures concrètes pour améliorer leur performance sur ce critère.
5. 31 hôpitaux mettent en avant d'autres raisons pouvant expliquer des valeurs significativement déviantes.
6. L'examen par indicateur montre certaines constantes : la validité de l'indicateur est mise en doute par sa construction **à partir de données administratives**, impliquant une importante parallaxe temporelle (les données ont été enregistrées entre 2004 et 2007). Ce problème ne peut être éludé, surtout du fait que la structure des hôpitaux (fusions, dé-fusions, accords de collaboration...) a changé entre 2004 et aujourd'hui, de même que les pratiques médicales. De plus, les données RCM sont souvent davantage optimisées en vue d'un financement que pour réaliser une collecte

exhaustive des données médicales: ce fait peut expliquer par exemple une mauvaise discrimination entre pneumonies communautaires et pneumonies acquises à l'hôpital.

7. Les indicateurs sont corrigés pour la **distribution d'âge** des patients et pour les **comorbidités**, comme décrit dans le texte qui présente les indicateurs. On peut poser la question de savoir pourquoi les hôpitaux n'ont-ils pas utilisé ces indicateurs corrigés.
8. Il en va de même pour expliquer de mauvais résultats de mortalité post infarctus par une sélection de patients, argument qu'avancent quelques hôpitaux ne disposant pas de programme de soins B2-B3: ils expliquent que les patients stables et à faible risque de mortalité étaient transférés vers des programmes B2-B3. Les patients lourds ou instables échappaient au transfert et restaient donc dans leur hôpital. Cependant, en 2004, les recommandations internationales poussaient déjà au transfert des patients les plus graves, qui pouvaient le mieux profiter d'une revascularisation percutanée. Cette explication tient donc peu face aux bonnes pratiques de l'époque.
9. Un fait étonnant: que les résultats pour l'indicateur clinique soient bons ou mauvais, c'est le médecin-chef du service concerné qui est le moins souvent averti ou consulté, derrière le médecin-chef et le responsable du RHM. Faut-il y voir une perception péjorative de son rôle dans l'hôpital, ou une ambiguïté du questionnaire?

#### 4.2. *Mission-vision appliquée à un service ou à un département*

1. Le choix du service ou département mérite quelques commentaires. Si ce choix est surtout assuré par les diverses directions, le plus souvent en « comité de direction », le rôle du **coordinateur qualité et/ou de la sécurité des patients** est une fois de plus à l'avant-plan. Il intervient dans plus de la moitié des choix.
2. Nous nous sommes intéressés à deux aspects particuliers dans notre analyse: en premier lieu, l'intervention presque anecdotique de l'équipe d'hygiène (médecin et infirmière hygiéniste) et du comité d'hygiène hospitalière dans le choix du service. Leur intervention n'est rapportée que dans environ 4% des hôpitaux.
3. **L'hygiène hospitalière** existe et est structurée depuis longtemps: la création des comités d'hygiène hospitalière dans les hôpitaux belges date de 1974 (A.R. du 24 avril 1974). Le rôle de l'équipe d'hygiène et du comité et leurs missions respectives sont décrits. La préoccupation portant sur la qualité des soins et la sécurité des patients est plus récente et ne fait l'objet d'aucun prescrit légal depuis la création des collèges par l'A.R. du

---

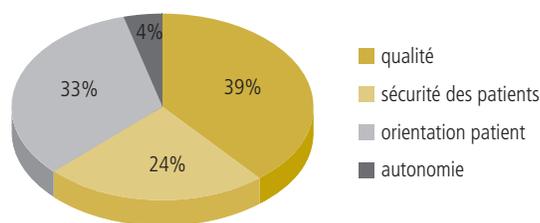
15 février 1999. L'hygiène et le monde de la qualité et de la sécurité ont évolué dans des plans parallèles et échangent peu leurs compétences. Il est sans doute malheureux qu'une infection acquise à l'hôpital ne soit que rarement abordée avec les mêmes outils qu'un événement indésirable. En second lieu, nous n'avons pas pu mettre en évidence une différence quant aux personnes qui ont pris la responsabilité du choix du service selon que celui-ci vivait ou non des plaintes, incidents, problèmes de gestion de ressources humaines.

4. Par ailleurs, nous n'avons pu mettre en évidence beaucoup de spécificités quant au spectre des **composantes** que les services attribuent à leur mission et leur vision via l'outil de rapportage. On peut craindre que le fait d'offrir dans cet outil la possibilité de choisir dans des menus déroulants autant d'items que désirés aboutisse à des réponses stéréotypées. D'une part parce qu'à force de vouloir être exhaustifs, les hôpitaux sont tentés de cocher un maximum d'items, d'autre part parce que l'intitulé de ces items a été choisi par des experts, mais n'a peut-être pas été compris. Ce type de questionnaire imposant des choix prédéfinis facilite bien sûr le dépouillement, mais gomme certainement de l'information utile. Peut-être devrait-il à l'avenir être rédigé en vue d'obtenir une réponse à une interrogation plus spécifique.
5. Nous avons donc lu avec attention les descriptions de mission et de vision des différents hôpitaux ainsi que les objectifs stratégiques qu'ils se sont éventuellement assignés. Nous nous sommes intéressés à quatre « **valeurs** » si elles étaient citées ou décrites explicitement : la qualité des soins, la sécurité des patients, le patient mis au centre du processus de soins et le respect ou la promotion de l'autonomie du patient (dans le sens du *patient empowerment* et pas dans celui de l'autonomie physique après revalidation par exemple). Ces valeurs nous semblaient intéressantes dans la mesure où elles sont présentes dans la plupart des textes libres qui nous ont été soumis, ou qu'ils correspondent à des thèmes prioritaires qui s'exprimeront dans les contrats futurs du SPF Santé publique.
6. La lecture des **missions et visions** nous fait voir la valeur « qualité » comme une valeur orientée soins, les valeurs « patient au centre des soins » et « autonomie » comme des valeurs orientées patient. La valeur « sécurité » a un contenu mixte, parfois plus orientée soins, parfois très orientée patient.
7. La **valeur « qualité des soins »**, orientée soins, l'emporte sur les valeurs orientées patient, mais la valeur « patient au centre des soins » est la deuxième à être citée, devant la sécurité des soins. Le respect de l'autonomie du patient est rarement présent de manière explicite. Lorsqu'il l'est, on le re-

trouve extrêmement rarement dans les objectifs stratégiques et une seule fois sous la forme d'un indicateur.

8. L'aspect **patient au centre des soins** va se retrouver plus souvent exprimé parmi les objectifs stratégiques que l'autonomie, sa représentation dans les indicateurs se déclinant le plus souvent au travers des résultats des enquêtes de satisfaction.
9. **Qualité et sécurité** des patients se retrouvent tant dans les objectifs stratégiques que dans les indicateurs.

Graphique 13: répartition des valeurs qualité, sécurité, orienté patient et autonomie dans l'ensemble des hôpitaux



Comme on peut s'y attendre, il existe un lien fort entre le respect de l'autonomie et le patient au centre des soins: 9 services sur 10 citant l'autonomie citent également le patient au centre du processus de soins (tableau 12). Le lien entre qualité et sécurité est fort lui aussi: 3 services sur 4 associent qualité et sécurité. Ce qui est intéressant également c'est que la valeur « patient au centre des soins » apparaît dans 45 % des services défendant la valeur « sécurité des patients », signant là aussi une association forte: nous avons signalé que la valeur sécurité recouvrait un spectre de préoccupations parfois centré soins et parfois bien plus proche de l'orientation patient. La valeur « autonomie du patient » n'est pas assez représentée pour tirer des conclusions avec son association avec une des valeurs « orientée soins ».

**Tableau 12: croisement des valeurs qualité, sécurité des patients, orientation patient et autonomie du patient. Plusieurs valeurs possibles par service envisagé**

	qualité (n=115)	sécurité des patients (n=71)	orientation patient (n=92)	autonomie du patient (n=12)
qualité		54	25	9
sécurité des patients			41	5
orientation patient				11
autonomie du patient				

Nous avons bien sûr exploré les relations qui existaient entre cette classification et les déclarations spontanées des hôpitaux au travers de leurs réponses aux questions qui leur permettaient de décrire les composantes qu'ils voyaient à leur mission, puis à leur vision. Ceux-ci ne peuvent que souligner le peu de spécificité des caractéristiques déclarées spontanément.

**Tableau 13: spectre des quatre valeurs dans chacune des composantes déclarées de la mission (en %, plusieurs réponses possibles)**

	valeurs de l'hôpital	qualité et sécurité des patients	orientation client	orientation personnel	multidisciplinarité	réseaux	leadership
qualité	66	71	65	68	67	67	73
sécurité des patients	42	44	41	49	42	42	47
orientation patient	53	52	54	59	54	61	61
autonomie du patient	7	7	8	7	7	9	4

Il semblait intéressant d'explorer si le spectre des valeurs variait fortement d'un groupe d'hôpital à l'autre, au contraire des composantes déclarées qui, nous l'avons vu, ne montrent aucune spécificité.

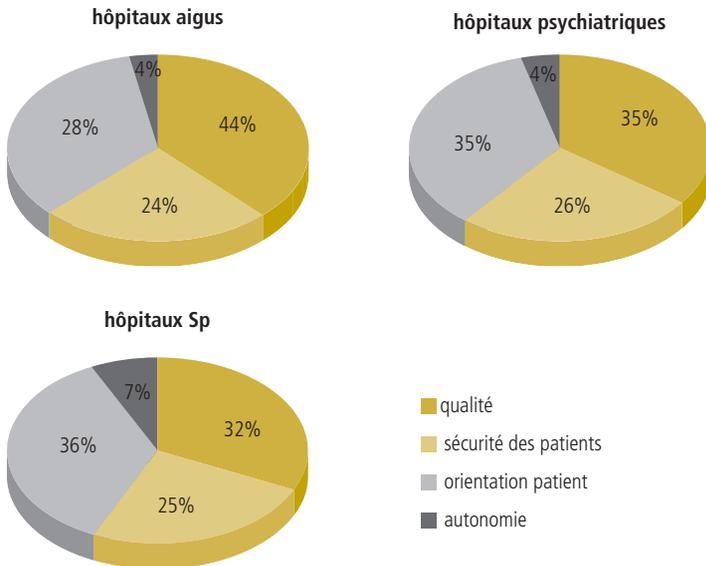
Tableau 14: spectre des quatre valeurs dans chacune des composantes déclarées de la vision (en %, plusieurs réponses possibles)

	orientation client	orientation personnel	multidisciplinarité	réseaux	leadership	professionnalisme	sécurité des patients	infrastructure	finance
qualité	66	69	69	69	68	67	68	67	67
sécurité des patients	41	59	43	38	43	42	47	43	47
orientation patient	54	53	55	56	56	53	49	54	53
autonomie du patient	7	8	7	6	6	7	7	6	3

De fait, la prépondérance des valeurs orientées soins est plus importante dans les hôpitaux aigus, où la valeur qualité des soins est la mieux représentée, derrière le patient au centre du processus de soins et la sécurité du patient (graphique 14).

Les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux Sp mettent en premier la valeur « le patient au centre du processus de soins », avant la qualité et la sécurité. Si le respect de l'autonomie du patient n'est pas cité plus souvent dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux aigus, il apparaît presque deux fois plus souvent dans les hôpitaux Sp.

Graphique 14: répartition des valeurs dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et Sp



Nous avons cherché à voir si les valeurs se répartissaient différemment selon le type de service impliqué. Nous avons fait l'exercice dans les catégories où il y avait suffisamment de services représentés.

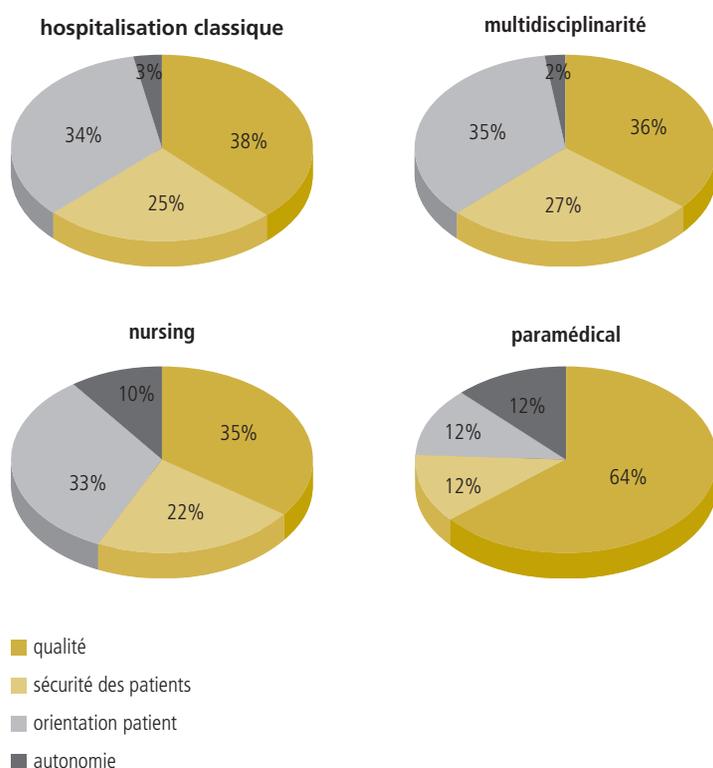
Les services d'hospitalisation classiques et les pôles pluridisciplinaires se ressemblent fort avec une prépondérance des valeurs orientées soins et peu de place réservée à l'autonomie du patient (graphique 15). Bien sûr, ce dernier est mis «au centre des soins», mais cette valeur est plus rarement évoquée dans les objectifs stratégiques. La qualité des soins est le plus souvent envisagée sous l'angle d'une qualité «médicale», se référant souvent à l'*evidence-based medicine*. La sécurité est le plus souvent appréciée au travers de ce qu'a appris la culture de déclaration d'événements indésirables plus que par une analyse de risques.

La plupart des initiatives menées par le monde infirmier consistent à définir la vision et la mission du service infirmier, à côté d'initiatives plus ciblées, menées alors de conserve avec un autre service, médical ou paramédical. Les valeurs y sont naturellement plus «équilibrées», respectant l'autonomie du patient. Description d'un monde idéal? Dans tous les cas, l'objectif est ambitieux et

ouvre la porte à l’empowerment du patient comme outil à l’amélioration de la qualité et de la sécurité.

Les projets paramédicaux sont peu nombreux. Ces services sont rarement très structurés dans les hôpitaux: ils sont très isolés et pénétrés de manière très hétérogènes par les initiatives « qualité-sécurité » ou par la diffusion d’une culture sécurité.

**Graphique 15:** répartition des valeurs dans les services médicaux généraux, dans les services médicaux multidisciplinaires, dans les projets dépendant du nursing et des services paramédicaux



Leur représentation ici, même en petit nombre est une victoire. Nous croyons que l’accent mis sur la qualité fait partie de leur volonté de manifester une identité au travers d’une valeur ressentie par eux comme unanimement partagée. Les valeurs « sécurité » et « patient au centre des soins » sont peut-être

---

encore mal diffusées dans le monde paramédical. Par contre la valeur « respect de l'autonomie » y est bien représentée.

En ce qui concerne les résultats rapportés pour les indicateurs, l'examen des chiffres « bruts » laisse penser que la théorie est connue et appliquée, que la notion de bon indicateur, exprimé comme une fraction avec son numérateur et son dénominateur clairement définie et une valeur cible exprimée est bien intégrée. C'est très souvent le cas, en particulier pour les hôpitaux qui ont déclaré dans leur motivation poursuivre un but d'agrément ou d'accréditation et ceux participant à des recueils organisés d'indicateurs pour se comparer (par exemple, le projet « Navigator »).

Nous avons soumis le texte libre décrivant les indicateurs à une lecture critique qui modère un peu cet enthousiasme. Il existe ainsi parfois une confusion dans la description des indicateurs qui laisse présager quelque problème lors de la mise en œuvre.

Il existe aussi un flou entre les catégories d'indicateurs et on retrouve ce qu'un lecteur attentif aurait classé comme un indicateur de processus parmi les indicateurs de résultat. Mais ce lecteur attentif est loin de l'hôpital et ne connaît pas forcément le pourquoi du choix effectué.

Si un effort considérable a été consenti par les hôpitaux pour améliorer la définition des indicateurs sous forme d'une proportion (numérateur et dénominateur), les critères d'inclusion et d'exclusion (donc la définition du dénominateur) sont rarement précisés.

Un effort didactique devra être impérativement consenti pour mieux faire saisir ce qu'est un indicateur, comment le construire et comment le définir afin qu'il soit utile à l'institution dans la recherche de ses objectifs sans exiger des ressources déraisonnables.

## CHAPITRE 4. PLAN D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOUTIEN

### Conclusions clés

Le SPF Santé publique a poursuivi son plan d'accompagnement et de soutien aux hôpitaux pour les aider dans la réalisation du contrat « coordination qualité et sécurité des patients ».

Entre septembre 2011 et juin 2012, **21 workshops** ont été organisés (856 participants).

Les workshops sont conçus de manière à combiner **théorie et pratique**.

La plupart des **sujets** abordés dans les workshops concernent le **pilier 1** : le système de gestion de la sécurité. Un nouveau thème a cependant été abordé dans le cadre du pilier 2 : les processus de soins transmuraux.

Le **5e symposium** « Qualité et sécurité des patients » a mis l'accent sur l'importance de la communication dans le contexte des événements indésirables.

La **collaboration avec les organisations faitières** s'est avérée fructueuse pour soutenir le premier plan pluriannuel (2008-2012) et pour développer de manière stratégique le deuxième plan pluriannuel 2013-2017.

Les **réseaux hospitaliers** ont poursuivi leurs activités.

### 1. INTRODUCTION

Depuis 2008, le SPF Santé publique a mis en place un plan d'accompagnement et de soutien pour les hôpitaux. L'objectif est de soutenir efficacement les hôpitaux dans la mise en œuvre des contrats « coordination qualité et sécurité des patients ».

---

Lors du premier contrat « coordination qualité et sécurité des patients » (2007-2008), la demande de soutien avait été clairement émise par les hôpitaux. En 2011, l'équipe QS (SPF Santé publique – DG1) a donc poursuivi les différentes formes d'accompagnement et de soutien. Les thèmes correspondent aux sujets mentionnés dans les contrats.

Outre l'organisation de workshops et le soutien aux réseaux, d'autres activités ont été menées dans le cadre du plan de soutien :

- une communication interactive entre l'équipe QS et les hôpitaux ;
- la mise à jour du site web [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be) ;
- la mise à disposition d'un document de rapportage ;
- la réalisation d'un rapport annuel à partir du résultat des rapports des hôpitaux ;
- l'organisation annuelle d'un symposium « Qualité et sécurité des patients » ;
- la poursuite du soutien du projet de Transfert Intra-Muros des patients (TIM) ;
- une prise de contact avec différentes instances officielles dont les organisations faitières afin, d'une part, de soutenir de manière stratégique le plan pluriannuel en cours (2008-2012) et, d'autre part, de construire le deuxième plan pluriannuel (2013-2017) ;
- le helpdesk taxonomie.

Les activités menées entre septembre 2011 et juin 2012 sont développées ci-dessous. Vous trouverez plus d'information sur le site [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be) sous la rubrique « plan de soutien/workshops ».

## **2. WORKSHOPS**

### **2.1. Exigences du contrat « coordination qualité et sécurité des patients » (1<sup>er</sup> janvier 2011 – 31 décembre 2011)**

Dans le pilier 1 des contrats « coordination qualité et sécurité des patients » (1<sup>er</sup> janvier 2011 – 31 décembre 2011), la démarche des hôpitaux devait s'inscrire dans la continuité des exigences des contrats précédents. Concrètement, il s'agissait de :

- décrire cinq incidents et spécifier, pour chacun, la méthode d'analyse rétrospective utilisée et les actions d'amélioration menées. Les hôpitaux devaient également les classer selon *l'International Classification for Safety* (taxonomie) de l'OMS ;
- participer à un workshop sur les analyses prospectives ;

- effectuer une deuxième mesure de la culture de sécurité des patients (4<sup>e</sup> année de contrat).

Dans le pilier 2 des contrats 2011, le SPF Santé publique a introduit un nouveau concept: les soins transmuraux.

## 2.2. Workshops

Le SPF Santé publique a mis en place des nouveaux workshops, tout en continuant à proposer des séances de rattrapage pour les activités mises en place les années précédentes (taxonomie, méthodes d'analyse SIRE et PRISMA). Ces séances de rattrapage s'adressaient aux coordinateurs nouvellement en fonction et/ou à ceux qui n'avaient pu assister aux séances précédentes.

Entre septembre 2011 et juin 2012, 21 workshops ont été organisés (856 participants).

---

### Les workshops 2011-2012

- Présentation des résultats de la deuxième mesure de la culture (2 workshops, 134 participants)
- Soins transmuraux (6 workshops, 430 personnes)
- Analyse prospective AMDEC (ou HFMEA) (6 workshops, 168 participants)

### Les séances de rattrapage

- Analyse rétrospective
    - PRISMA (2 workshops, 44 participants)
    - SIRE (2 workshops, 30 participants)
  - Classification des événements indésirables
    - Taxonomie (2 workshops, 41 participants)
- 

### 2.2.1. Workshops culture de sécurité

En 2011, les hôpitaux ont dû effectuer une deuxième mesure de la culture de sécurité des patients au sein de leur institution (4<sup>e</sup> année de contrat). Comme lors de la première mesure (2007), les hôpitaux étaient invités à participer à un benchmarking national, traité par l'Université de Hasselt. Les résultats de ce benchmarking ont été présentés lors de workshops organisés au printemps 2012 (2 sessions et 134 participants). A cette occasion, chaque institution a reçu ses propres résultats de manière anonyme positionnant l'hôpital face aux résultats nationaux.

---

### 2.2.2. Workshops soins transmuraux

Le thème des soins transmuraux a pris une place importante dans le pilier 2 des contrats 2011 ; il est développé dans le chapitre II.

Afin d'initier les hôpitaux au processus transmurale pour des soins complexes, six workshops ont été organisés (430 participants). Les quatre premiers workshops étaient consacrés aux fondements théoriques d'un processus transmurale. A cette occasion, les hôpitaux ont été invités à réaliser une première auto-évaluation de leur meilleur processus transmurale. La mise en pratique était abordée au cours des deux derniers workshops.

### 2.2.3. Workshop analyse prospective

La méthode d'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) est une méthode d'analyse prospective qui identifie les défaillances potentielles d'un processus de soins et qui évalue les points critiques du processus pour éviter que les défaillances ne surviennent.<sup>24</sup> Cela nécessite une analyse des risques pour recouvrir une fiabilité du processus. Cette méthode d'analyse de processus a pour objectif de développer un équilibre entre une amélioration des performances et la maîtrise des risques.<sup>25,26</sup> Des exemples pratiques ont été illustrés, entre autres, au niveau du circuit des médicaments et de la prise en charge du patient au bloc opératoire.

### 2.2.4. Séances de rattrapage sur les analyses rétrospectives

De septembre 2011 à juin 2012, le SPF Santé publique a organisé quatre séances de rattrapage sur les méthodes d'analyses rétrospectives : deux sur PRISMA et deux sur SIRE. Respectivement 44 et 30 personnes se sont inscrites. Pour rappel, la méthode PRISMA (*Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis*) analyse un ensemble d'incidents de gravité faible mais fréquents.<sup>27</sup>

---

24 En anglais : (Health) Failure Mode Effects and Criticality Analysis ((H)FMEA).

25 D. BAUDRIN et A. DESROCHES, *Risques au bloc opératoire : cartographie et gestion*, DRASS Midi-Pyrénées, janvier 2007.

26 *The Basics of Healthcare. Failure Mode and Effect. Analysis*, Videoconference Course presented by VA National Center for Patient Safety, <http://www.patientsafety.gov/SafetyTopics/HFMEA/FMEA2.pdf>.

27 I. HEMMES et P. ZWEEKHORST, *Prisma Praktisch. Tijdig leren van (bijna-) incidenten*, Bilthoven, Colofon, 2008.

Quant à la méthode SIRE (*Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie*), elle s'applique aux incidents graves et rares.<sup>28</sup> Elle s'apparente à l'Analyse des Causes Racines (ACR) pour les incidents graves.

### 2.2.5. Séances de rattrapage sur la taxonomie et le XML

Le SPF Santé publique a organisé deux séances de rattrapage sur la taxonomie et le langage XML (33 participants).

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

## 3. ENCOURAGEMENT ET LE SOUTIEN DE RÉSEAUX HOSPITALIERS

Depuis 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 psychiatriques et celui pour les hôpitaux Sp.

Dans la partie francophone du pays, le réseau psychiatrique QualPsy s'est réuni régulièrement et a poursuivi de manière active ses activités. En revanche, le réseau des hôpitaux aigus et Sp a décidé de faire une pause, entre autres, parce que de nombreux coordinateurs étaient sollicités dans d'autres réseaux tel que le réseau itinéraire clinique.

Le soutien de l'équipe QS se concrétise également de différentes manières :

- un soutien logistique par la mise à disposition de salles de réunion au SPF Santé publique (à proximité immédiate de la gare du Midi à Bruxelles) ;

---

28 I.P. LEISTIKOW, K. DEN RIDDER et B. DE VRIES, *Systematische Incident Reconstructie en Evaluatie. Patientveiligheid*, Utrecht, Elsevier Gezondheidszorg, 2009.

- 
- la coordination des réunions en fonction de thèmes précis;
  - un espace de parole avec les collaborateurs du SPF Santé publique lors des réunions afin de répondre aux questions des coordinateurs et d'échanger des informations.

Les activités de ces réseaux sont décrites sur le site [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be) sous la rubrique « Plan de soutien/workshops ».

#### **4. COMMUNICATION INTERACTIVE ENTRE L'ÉQUIPE QS ET LES HÔPITAUX**

Invitations aux workshops et symposium, informations sur les contrats, les réseaux,... La majorité des communications concernant la sécurité des patients sont faites par email. En général, chaque message est transmis conjointement à la direction de l'hôpital et à la personne de contact pour les contrats. Les hôpitaux peuvent prendre contact directement avec l'équipe QS soit par téléphone, soit par email ([qs@sante.belgique.be](mailto:qs@sante.belgique.be)).

#### **5. MISE À LA DISPOSITION D'UNE TRAME POUR LES RAPPORTS**

Depuis l'année de contrat 2009-2010, les documents de rapportage sont conçus en Excel. Ce qui permet d'agréger et d'analyser les données de manière plus efficace, l'utilisation de ces trames étant obligatoire.

#### **6. SITE INTERNET**

Le site Internet [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be) est une sous-section du site du SPF Santé publique, Chaîne alimentaire et Environnement ([www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)).

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

- « mission » (mission de la cellule qualité, note stratégique sur la sécurité des patients...);
- « semaine pour la sécurité des patients » (programme, présentations des orateurs, posters...);
- « contrat coordination qualité et sécurité des patients » (différents exemplaires des contrats, informations par pilier et articles intéressants...);
- « plan de soutien / workshops » (présentations et programmes des workshops...).

Les actualités et nouveautés se trouvent toujours sur la page d'accueil. La plupart des documents des années précédentes restent accessibles sur le site (rubrique « Plus sur ce thème »).

Enfin, deux sections pertinentes pour la qualité et la sécurité des patients (mais non liées au plan pluriannuel 2008-2012) se trouvent également sur le site. Il s'agit des projets: « **Safe Surgery** » (introduction d'une checklist au quartier opératoire) et « **VAP** » (implémentation d'un *care bundle* pour la pneumonie associée à la ventilation). Ces pages sont accessibles via la page d'accueil [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be).

## 7. SYMPOSIUM « QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES PATIENTS »

Le 5<sup>e</sup> symposium « Les incidents, parlons-en ! », organisé le 28 novembre 2011 (364 participants), a été placé sous le signe de la communication dans le cadre des événements indésirables.

Les éléments clés envisagés ont été l'attention portée aux victimes (patient, prestataire de soins et organisation), la transparence et la communication.

### Les victimes

Lorsqu'un **patient hospitalisé** est victime d'un incident, la communication entre la victime, le prestataire de soins et les gestionnaires de l'hôpital revêt une importance capitale. Les patients apprécient une communication ouverte, dans le cadre de laquelle on identifie et on reconnaît ce qui s'est passé. Cela permet de restaurer la confiance vis-à-vis du prestataire de soins.

Mais le **prestataire de soins**, qu'il soit médecin ou infirmier(ère), peut lui aussi être une victime dont on ne tient pas suffisamment compte (concept de la « seconde victime »). Même s'il peut être à l'origine de l'incident, quelle part de responsabilité l'organisation porte-t-elle? On considère désormais qu'un incident résulte d'une défaillance du système de soins et qu'il ne faut, dès lors, pas l'imputer au comportement d'un seul individu.

L'**organisation** peut, elle aussi, être une victime. Un incident peut en effet mettre l'organisation interne des soins en péril, générer des coûts supplémentaires et nuire à l'image de l'établissement.

### La transparence

La transparence est une notion clé. Tout d'abord avec le patient, le prestataire de soins et l'organisation. La transparence requiert une culture ouverte de la sécurité du patient, soutenue par un plan de communication interne clair qui prévoit une répartition des tâches et un certain nombre de conventions quant à la manière dont il faut communiquer en cas d'incident.

---

Différents acteurs (pouvoirs publics, inspection des soins, structures de coordination hospitalière, associations de patients, organismes d'assurance soins de santé, etc.) jouent un rôle essentiel lorsqu'il s'agit de souligner l'importance d'une culture ouverte de communication. Il s'agit d'un domaine qui devra encore faire l'objet de nombreuses recherches.

### **La communication externe**

En cas d'incident ou de crise, ce qui importe, c'est de réagir rapidement. C'est pour cela qu'il faut avoir à sa disposition un plan de communication incluant une stratégie vis-à-vis de la presse. De nombreux établissements de soins ont peur des médias. Or, la presse peut être un partenaire précieux lorsqu'il s'agit de communiquer à propos des incidents. Un plan de communication externe, doté d'une assise solide, et une bonne formation sur les aspects liés aux médias permettraient à de nombreux établissements de soins de s'affranchir de cette peur.

En marge du symposium, 19 posters ont été présentés au public. Ils illustraient soit une activité en lien avec le thème du jour, soit des activités menées dans le cadre des trois piliers mentionnés dans le contrat « coordination qualité et sécurité des patients ».

Les posters suivants ont remporté le prix du public 2011 :

- « Optimiser la prise en charge des patients aux urgences »,  
A.-M. EEMAN, CHwapi
- « Patiëntveiligheidskaart », D. WINCKEL, AZ Lokeren

## **8. SOUTIEN D'UN PROJET SUR LE TRANSFERT DES PATIENTS**

Au niveau international, les transferts des patients et les transmissions des informations inter équipes sont à l'ordre du jour des grands centres tels que la *Joint Commission* aux EU<sup>29</sup>, l'*Institute for Health Care Improvement*<sup>30</sup> et l'*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*.<sup>31</sup>

---

29 Joint Commission Center for Transforming Healthcare Releases Targeted Solutions, *Tool for Hand-Off Communications*, The Official Newsletter of the Joint Commission, août 2012, vol. 32, n° 8.

30 *Reducing re-admissions by improving transitions of care*, Boston, MA, 15-16 octobre 2012.

31 Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, *National Safety and Quality Health Service Standards*, juin 2011, pp. 44-47.

Au niveau national, la mesure de la culture appliquée en 2007 et 2011 dans les hôpitaux belges a mis en évidence les plus faibles résultats pour la dimension « Transmission des informations et transferts des patients ». <sup>32</sup>

Pour améliorer cette situation, depuis mars 2009, une convention renouvelée annuellement a été conclue entre le SPF Santé publique et les trois écoles de santé publique francophones<sup>33</sup> dans le but d'apporter un soutien méthodologique aux hôpitaux désireux de travailler au niveau des transferts intra-muros des patients. En 2011, le projet s'est également concentré sur deux nouveaux sujets : le TEM (Transfert ExtraMuros du patient) et le TIMI (Transfert Intra-muros du patient instable).

Les principaux objectifs du projet transfert du patient sont les suivants :

- à court terme : de recenser, d'analyser, de mesurer et d'améliorer un processus de transfert avec les hôpitaux volontaires, en particulier avec une unité donneuse et une unité receveuse ;
- à long terme : développer et tester un modèle de gestion du transfert du patient pour pouvoir le généraliser.

Plus d'information sur les projets TIM, TEM et TIMI se trouve sur le site [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be), sous la rubrique « Plan de soutien/workshops ».

## 9. 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 quatre rubriques suivantes :

1. « Ask New Question » : permet de 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

32 A. VLAYEN *et al.*, *Rapport de benchmarking. Deuxième mesure de la culture de sécurité (2011) dans les hôpitaux aigus, psychiatriques et spécialisés belges*, Université de Hasselt, groupe de recherche Sécurité des patients (2012) [http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/Coordinationpatientqualityands/Pillar1\(SGS\)/index.htm?fodnlang=fr#culture](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Healthcarefacilities/Patientsafety/Coordinationpatientqualityands/Pillar1(SGS)/index.htm?fodnlang=fr#culture).

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

---

complexes feront l'objet d'une réponse basée sur un consensus au sein de ce groupe de travail taxonomie.

2. «Answers»: toutes les réponses aux questions posées s'y retrouvent. Les réponses ont été classées suivant TOUTES les grandes classes de la taxonomie et donc pas uniquement suivant les classes de l'ensemble du minimal dataset (type d'incident, caractéristiques de l'incident, résultats du patient, résultats pour l'organisation). Une classe « Other topics » est prévue pour les questions qui ne relèvent pas d'une des grandes classes de la taxonomie.
3. «FAQ»: cette rubrique reprend un ensemble de réponses types aux questions fréquemment posées. Ces sujets ont également été classés suivant les grandes classes de la taxonomie.
4. La rubrique « Download », contient les dernières versions des manuels, common lists et autres instruments.

Chaque utilisateur peut poser ses questions dans sa langue (FR/NL/ALL). Les réponses des groupes 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>.

## **10. 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 2008, une seconde en 2009 et une troisième en 2010. Ces rapports sont disponibles sur le site web [www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be), sous la rubrique « Plan pluriannuel 2007-2012 de soutien/workshops ». 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.

## CHAPITRE 5. ORIENTATIONS POUR L'AVENIR

Tout comme mentionné dans le rapport «Qualité et Sécurité des patients dans les hôpitaux belges en 2010», nous estimons qu'il est important que les hôpitaux connaissent et comprennent les orientations stratégiques prises par le SPF Santé publique en matière de qualité et de sécurité des patients. Dans ce cadre, il est nécessaire d'y inclure tant la vision à court terme que la vision à long terme.

En 2007, un premier plan pluriannuel de cinq ans a été proposé aux hôpitaux par le SPF Santé publique, servant de base à l'élaboration de contrats annuels, qui reposent sur trois piliers : structure, processus et résultat (*cf.* la triade de Donabedian). Ce premier plan pluriannuel a été développé pour donner un cadre précis comprenant des objectifs à long terme, tant pour les hôpitaux que pour le SPF Santé publique. En raison de leur complexité, les thèmes de la qualité et de la sécurité des patients nécessitent une approche méthodique et par phases.

La conception d'un deuxième plan pluriannuel (2013-2017), débutée en 2010, a été finalisée fin 2012. Dès lors, ce plan pluriannuel se déroule de 2013 à 2017 et s'étend sur plusieurs phases, au moyen de contrats annuels gardant toujours pour objectif de réaliser et d'améliorer des politiques hospitalières performantes.

Les principes fondamentaux d'une politique hospitalière performante sont l'innovation, l'esprit d'entreprise, la collaboration et/ou le travail en réseau et l'orientation client. Dans la conclusion des premiers rapports de cette série, nous avons essayé le contenu de ces notions et nos choix pour l'avenir. Dans ce rapport, nous avons choisi de présenter le contenu du deuxième plan pluriannuel (à partir de 2013).

Les notions d'innovation, d'esprit d'entreprise, d'orientation client et de collaboration et/ou de travail en réseau restent le fil conducteur de ce deuxième plan pluriannuel. Cependant, leur opérationnalisation est renforcée par l'utilisation de thèmes génériques et spécifiques qui sont décrits plus loin.

---

Les thèmes génériques et spécifiques sont liés entre eux par les objectifs et les critères stratégiques. Le SPF Santé publique montre ainsi clairement aux hôpitaux quels sont les buts qu'il poursuit et quels sont les critères à satisfaire. Il laisse toutefois aux hôpitaux la liberté de faire leurs propres choix et définir leurs propres priorités.

Les thèmes génériques sont les mêmes pour tous les types d'hôpitaux et concernent le système de gestion de la sécurité, le leadership, la communication et l'empowerment du patient et de sa famille. Les thèmes spécifiques concernent les médicaments à haut risque, la « Safe Surgery »<sup>34</sup> (ou chirurgie sûre), l'identitovigilance ou la privation de liberté<sup>35</sup> et les soins transmuraux.

Pour les thèmes spécifiques, la délimitation des activités jusque 2017 sera déterminée par le biais d'une auto-évaluation que les hôpitaux devront réaliser dans le cadre du contrat 2013 (à l'exception des soins transmuraux pour lesquels l'auto-évaluation avait déjà été effectuée en 2011).

**Tableau 1: thèmes génériques et spécifiques du deuxième plan pluriannuel (2013-2017)**

<b>thèmes génériques:</b>
1. système de gestion de la sécurité
2. leadership
3. communication
4. empowerment du patient et de sa famille
<b>thèmes spécifiques:</b>
1. médicaments à haut risque
2. « Safe Surgery » (uniquement pour les hôpitaux aigus)
3. identitovigilance ou privation de liberté (uniquement pour les hôpitaux psychiatriques)
4. soins transmuraux

Les thèmes génériques se basent en partie sur les activités des années précédentes (comme le système de gestion de la sécurité), tandis que des nouveaux sujets sont abordés plus explicitement (comme le leadership, la communication et l'empowerment du patient et sa famille).

---

34 Le thème spécifique « Safe Surgery » ne concerne que les hôpitaux aigus.

35 Le thème spécifique privation de liberté ne concerne que les hôpitaux psychiatriques.

Les thèmes génériques sont intégrés dans les thèmes spécifiques. Par exemple, le thème générique « système de gestion de la sécurité » est décliné pour chaque thème spécifique sous forme de critères.

### Gestion de la sécurité

En ce qui concerne les thèmes médicaments à haut risque, « Safe Surgery », et identitovigilance ou privation de liberté, les hôpitaux commenceront, à partir de 2013, à développer des actions d'amélioration concrètes et à élaborer un plan d'action pour les trois difficultés pertinentes déterminées de manière multidisciplinaire sur la base des auto-évaluations.

Un trajet distinct sera suivi pour les soins transmuraux étant donné que l'auto-évaluation a déjà été initiée en 2011.

A partir de 2015, les hôpitaux devront définir pour chaque action d'amélioration, les objectifs, indicateurs et valeurs cibles annuels mesurables. Ils déterminent également à quel niveau et selon quelle fréquence les mesures seront réalisées et à qui et comment les résultats seront diffusés auprès des prestataires de soins.

Par ailleurs, la cellule Qualité et Sécurité des patients interrogera les hôpitaux sur différents aspects du système de gestion de la sécurité (p. ex. la fiabilité de la notification des événements indésirables et la possibilité donnée aux patients de signaler des situations dangereuses, des presque incidents et des incidents). Ceci permettra de suivre l'évolution de la situation et de prévoir, si nécessaire, des initiatives de soutien.

En 2015, une troisième mesure de la culture de sécurité des patients est également prévue.

En ce qui concerne le thème générique **gestion d'un système de la sécurité**, les critères sont: la réalisation d'une gestion des risques systématique et proactive (pour les thèmes médicaments à haut risque et privation de liberté), l'utilisation de checklists (pour le thème « Safe surgery »), un protocole d'identitovigilance (pour le thème identitovigilance), et l'utilisation d'une anamnèse médicamenteuse (pour les soins transmuraux).

---

## Leadership

Dans le deuxième plan pluriannuel, la notion de « leadership » sera renforcée par différentes actions. On interrogera également les hôpitaux sur des aspects comme la mesure dans laquelle les audits internes engendrent la mise en place de mesures d'amélioration et comment le leadership clinique en ressort renforcé. De plus, nous demanderons la mesure dans laquelle une évaluation proactive et systématique est faite pour des nouvelles procédures (et/ou actualisées) en ce qui concerne les risques potentiels pour la sécurité des patients. Les hôpitaux devront également décrire les démarches entreprises pour arriver à un système de *entreprise risk management*, un plan de gestion de tous les risques auxquels un hôpital peut être confronté.

Pour le thème générique **leadership** les critères sont : augmenter le niveau de connaissance relative aux médicaments à haut risque (pour les thèmes médicaments à haut risque et la privation de liberté), mettre en place un système de tours de sécurité autour des processus péri-opératoires et des examens invasifs (pour le thème « Safe Surgery »), mettre en place un système de tours de sécurité autour des processus d'identification du patient (pour le thème identitovigilance) et intégrer les 6 dimensions du Chronic Care Model dans la vision des soins transmuraux (pour le thème soins transmuraux).

## Communication

En ce qui concerne le thème de la communication, on étudiera dans quelle mesure un plan de communication de crise a été élaboré, s'il existe un plan d'approche en cas d'incident grave (aussi vis-à-vis du patient), et si il existe un plan d'approche pour le prestataire de soins impliqué dans un incident (« second victim »).

Pour le thème générique **communication** les critères sont : mettre en place une communication qui améliore la diffusion des connaissances et des directives relatives aux médicaments à haut risque (pour les thèmes médicaments à haut risque et la privation de liberté), diffuser au niveau multidisciplinaire les résultats par échantillonnage sur l'usage de la checklist (pour le thème « Safe Surgery »), diffuser au niveau multidisciplinaire les résultats des mesures et de leur suivi (pour le thème identitovigilance) et diffuser la vision des soins transmuraux (pour le thème soins transmuraux).

## Empowerment du patient et de sa famille

En ce qui concerne le thème empowerment du patient et de sa famille, on interrogera les hôpitaux sur les aspects suivants : la possibilité qu'ont les patients de communiquer avec les prestataires de soins en utilisant leur langage, la représentation des patients dans les conseils d'administration, la participation active des patients aux processus de soins, la responsabilisation des patients quant à leur propre rôle dans leur trajet de soins individuel, l'éducation des patients, liée à leurs besoins, comment les patients, leur famille et les soignants-proches sont sensibilisés afin qu'ils soient davantage impliqués dans la gestion de leur sécurité. On étudiera également comment les hôpitaux collaborent avec les patients et/ou les organisations de patients et/ou les soignants-proches.

Pour le thème générique **empowerment du patient et de sa famille** les critères sont : informer le patient et sa famille sur l'utilisation des médicaments à haut risque (pour le thème médicaments à haut risque), pour chaque intervention chirurgicale planifiée et chaque examen invasif, informer le patient et sa famille sur le déroulement, les risques et conséquences possibles (pour le thème « Safe Surgery »), engager le patient et sa famille dans le processus d'identification (pour le thème identitovigilance), informer le patient et sa famille à propos des mesures de privation de liberté (pour le thème privation de liberté) et informer et éduquer le patient et sa famille sur son schéma de médication de sortie (pour le thème soins transmuraux).



# **RELEVÉ DES GROUPES DE TRAVAIL IMPLIQUÉS EN DATE DU 1ER JUIN 2012**

## ***Membres du groupe de travail fédéral « Sécurité des patients »***

Dr de Bethune Xavier  
M. De Greef Johan  
Mme Delgaudine Marie  
Mme De Troyer Vera  
M. Etienne Mark  
M. Goossens Bart  
M. Happe Christophe  
M. Hermand Bernard  
Prof. Dr. Heller Francis  
Dr Hellings Johan  
Prof. Dr. Krug Bruno  
Dr Laurent Marius  
M. Meyers Ludo  
M. Nelis Thijs  
Prof. Dr. Robays Hugo  
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 Vandebosch Kristel