

CIPIQ-S

1

# **Safety : démarche nationale belge de mesure de la sécurité des patients**

**David Sauwens**

**SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et  
Environnement, BELGIQUE**

**DG1 (Organisation des Etablissements de Soins)**

**Cellule Qualité et Sécurité des Patients**



Vendredi 15 mai 2009



[david.sauwens@health.fgov.be](mailto:david.sauwens@health.fgov.be) / tel: 02/524.85.19

## **I. Feedback des patient safety indicators**

### **II. Contrat 2007-2008**

- a. Généralité
- b. Les différentes parties du contrat
- c. Quelques résultats
- d. Plan de soutien

### **III. Contrat pluriannuel 2008-2012**

- a. Généralité
- b. Pilier 1 : Système de gestion de la sécurité
- c. Pilier 2 : Processus
- d. Pilier 3 : Indicateurs
- e. Plan de soutien



# I. Feedback des patient safety indicators



4

## Feedback des patient safety indicators (1)

• performance clinique:	7	}	<b>Feedback multidimensionnel pour les hôpitaux</b>
• performance économique:	10		
• capacité et innovation:	12		
• orientation patient	4		
• sécurité des patients:	20	}	<b>Feedback des Patient Safety Indicators</b>

uniquement pour les hôpitaux **généraux**



# Feedback des patient safety indicators (2)

Federale OverheidsDienst  
Volksgezondheid, Veiligheid Van de  
Voedselketen en Leefmilieu



Service Public Fédéral  
Santé publique Sécurité de la Chaîne  
alimentaire et Environnement

1999 - 2004

## Résumé Patient Safety Indicators

Indicateur	Hôpital Numérateur	Hôpital Denominateur	Hôpital taux (/1.000 séjours)	Taux national (/1.000 séjours)
PSI 1 Complications d'anesthésie (*)	0	0	0,00	0,58
PSI 2 Mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité (adultes) (*)	0	2	0,00	0,67
PSI 2 Mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité (enfants) (*)	0	0	0,00	0,22
PSI 3 Ulcère de décubitus	41	475	86,32	15,39



## Feedback des patient safety indicators (3)

### Sécurité des patients (AHRQ) (1/2)

- PSI 1 complication d'anesthésie**
- PSI 2 mortalité dans les DRG de faible mortalité**
- PSI 3 ulcère de décubitus**
- PSI 4 échec à la réanimation**
- PSI 5 corps étranger laissé au cours d'une intervention**
- PSI 6 pneumothorax iatrogène**
- PSI 7 infections liés aux soins**
- PSI 8 fracture de hanche postopératoire**
- PSI 9 hémorragie ou hématome postopératoire**
- PSI 10 complications physiologiques et métaboliques postopératoires**



## Feedback des patient safety indicators (4)

### Sécurité des patients (AHRQ) (2/2)

- PSI 11** insuffisance respiratoire postopératoire
- PSI 12** TVP et EP postopératoires
- PSI 13** septicémie postopératoire
- PSI 14** déhiscence de plaie opératoire après une chirurgie abdominopelvienne
- PSI 15** piqûre ou laceration accidentelle
- PSI 16** réaction à la transfusion
- PSI 17** préjudice porté au nouveau-né
- PSI 18** traumatisme obstétrical AVB + instrumentation
- PSI 19** traumatisme obstétrical AVB – instrumentation
- PSI 20** traumatisme obstétrical CS



8

## Feedback des patient safety indicators (5)

### PSI quelques résultats hospitalisation classique 1999 - 2004

	#	Belgique /1.000	AHRQ /1.000	# moyen /hôm/an
complication anesthésie	2.474	0,58	0,81	3,5
ulcère de décubitus	52.860	15,39	22,66	60
corps étranger	654	0,07	0,08	0,8
EP ou TVP postopératoire	18.699	5,41	9,83	26,5
accid. transf. incompatibilité	99	0,011	0,005	0,12
préjudice porté au nouveau-né	2.022	3,20	5,53	3





# Feedback des patient safety indicators (6)

## 9 Exemple: Ulcère de décubitus

**Source:** RCM (1999-2004)

**Indice:**

Séjour avec un code de diagnostic secondaire d'ulcère de décubitus

Tous les séjours qui présentent un APR-DRG chirurgical (P) ou médical (M) avec une durée de séjour de plus de 4 jours chez des patients d'au moins 16 ans

**Exclusions :**

Grossesse et accouchement, patients provenant d'un autre hôpital ou d'une MRPA/MRS, ulcère de décubitus en diagnostic principal, code diagnostic d'hémiplégie, paraplégie, tétraplégie, Spina bifida ou d'anoxic brain, Major Diagnostic Category 09 (peau, tissu sous cutané, sein) et séjour pour lesquels une procédure de Debridement or Pedicle Graft survient avant OU le jour de la 1<sup>ère</sup> ORP du séjour (uniquement pour les séjours chirurgicaux)



# Feedback des patient safety indicators (7)

## 10 Exemple: Ulcère de décubitus

Fréquence entre 1999 et 2004

année	numérateur	dénominateur	taux (/1.000 séjours)
1999	6.841	602.428	11,36
2000	7.497	591.173	12,68
2001	8.612	577.494	14,91
2002	9.738	567.573	17,16
2003	10.188	556.242	18,32
2004	9.984	539.189	18,52
<b>total</b>	<b>52.860</b>	<b>3.434.099</b>	<b>15,39</b>

Nombre d'incidents et taux (/1.000 séjours) par hôpital (1999 – 2004)

	nombre hôpitaux	moyenne	coefficient de variation	P5	P25	médiane	P75	P95
nombre incidents	147	359,53	101,17	3,00	69,00	248,00	565,00	989,00
taux	147	19,94	96,98	3,51	8,6	13,54	24,98	49,18



## Feedback des patient safety indicators (8)

- **actualisation du rapport et du BSC**
  - même set d'indicateurs
  - 2<sup>ème</sup> semestre 2009
  - **PSI: stimuler les hôpitaux à calculer leurs propres PSI**
- **symposium sur indicateurs: 7 décembre 2009**
  - session plénière
  - workshops spécifiques
  - session de posters



## **II. Contrat 'coordination de la qualité et de la sécurité des patients' 2007-2008**



13

## Financement de la coordination de la qualité et de la sécurité des patients dans les hôpitaux

### Objectifs

- approche cohérente de l'autorité
- reconnaître les efforts des hôpitaux
- stimuler une approche plus structurée et intégrée
- promouvoir l'amélioration continue de la qualité (CQI)



**contrat**



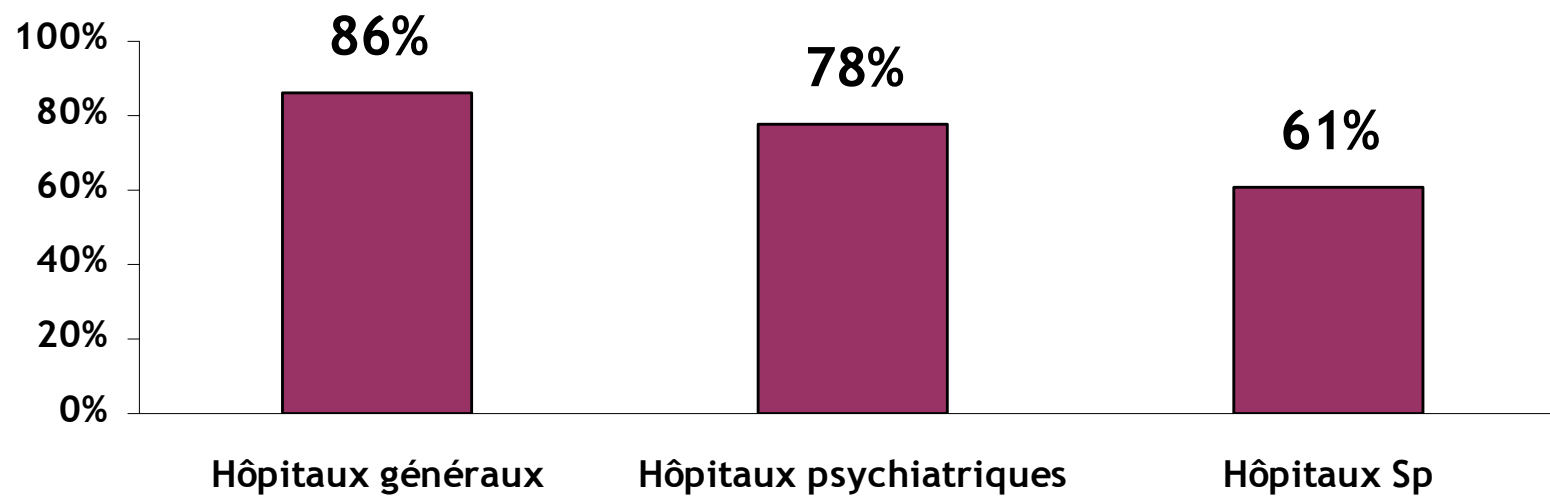
## Généralités (1)

- Contrat commun pour toutes les institutions
  - *hôpitaux généraux*
  - *hôpitaux psychiatriques*
  - *hôpitaux Sp*
- Financement structurel :
  - *budget de 6,8 millions d'euros*
- Clé de répartition :
  - *nombre de lits agréés, avec un budget fixe pour les institutions de moins de 100 lits*



## Généralités (2)

- Taux de participation :
  - 81% des hôpitaux belges (n=170)
  - 90% des lits agréés



## Plan de soutien du contrat 2007-2008 (1)

- **Atelier mesure de la culture sécurité (NL et FR)**
- **Atelier échange et information (FR)**
- **Enquêtes téléphoniques (NL et FR)**
- **Soutien de réseaux existants (NL et FR)**
- **Webtool pour rédaction du rapport (NL et FR)**
- **Mise à disposition d'un instrument de mesure de culture validé dans les 3 langues nationales**





## Les différentes parties du contrat (1)

- Rapport à remettre au SPF pour 30 juin 2008 (+octobre 2008)
  1. Définition : mission, vision, stratégie et objectifs en termes de qualité des soins et sécurité du patient
  2. Structures de qualité et sécurité, fonction des membres et organigramme
  3. Mesure de la culture sécurité (application d'un outil validé dans toute l'institution)
  4. Description des mécanismes d'enregistrement des événements indésirables (EI)

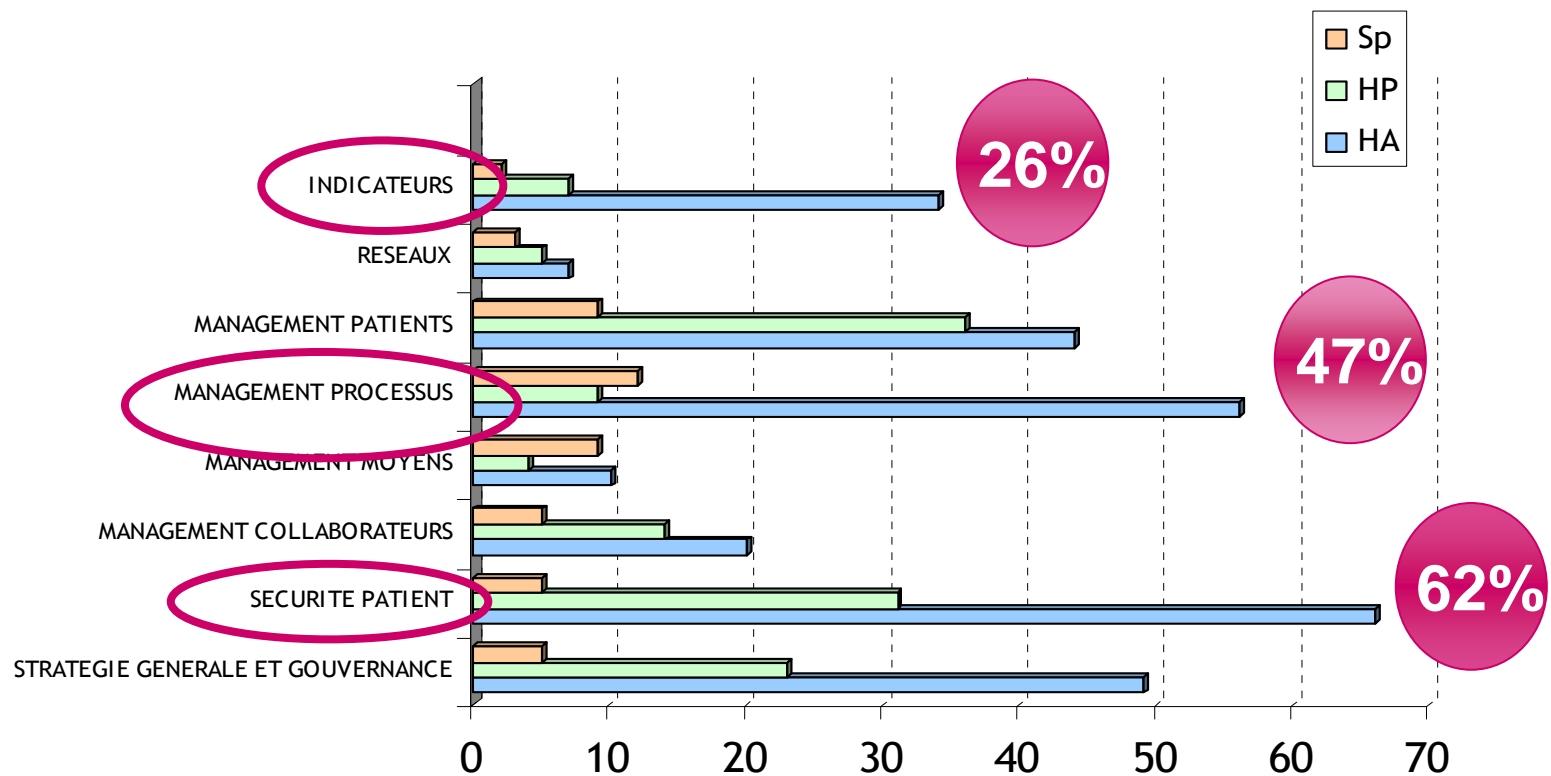


## Les différentes parties du contrat (2)

5. Fiches descriptives de 3 projets qualité dans les dimensions suivantes : performance économique ou capacité et innovation, performance clinique et sécurité du patient
  6. Développement des 12 indicateurs issus des rapports FMH et PSI et actions d'amélioration (uniquement pour les hôpitaux aigus)
  7. Questions ou remarques complémentaires
- Publication d'un rapport sur les 7 parties du contrat avec les résultats agrégés (mai 2009)



# Quelques résultats : Les dimensions dans les objectifs opérationnels (1)



## Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (1)

instrument: Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality)

traduit et validé en néerlandais, en français (UCL, CHU TIVOLI) et en allemand (Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, ETH Zürich)

procédures standard d'application de l'outil: méthodologie

appliqué dans tous les départements de l'hôpital



## Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (2)

**Benchmark: 132 hôpitaux**

	<b>FR</b>	<b>NL</b>	<b>total</b>
<b>hôpitaux aigus</b>	<b>26</b>	<b>55</b>	<b>81</b>
<b>hôpitaux psychiatriques</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>40</b>
<b>hôpitaux Sp</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>11</b>
<b>total</b>	<b>38</b>	<b>94</b>	<b>132</b>

**84%**



## Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (3)

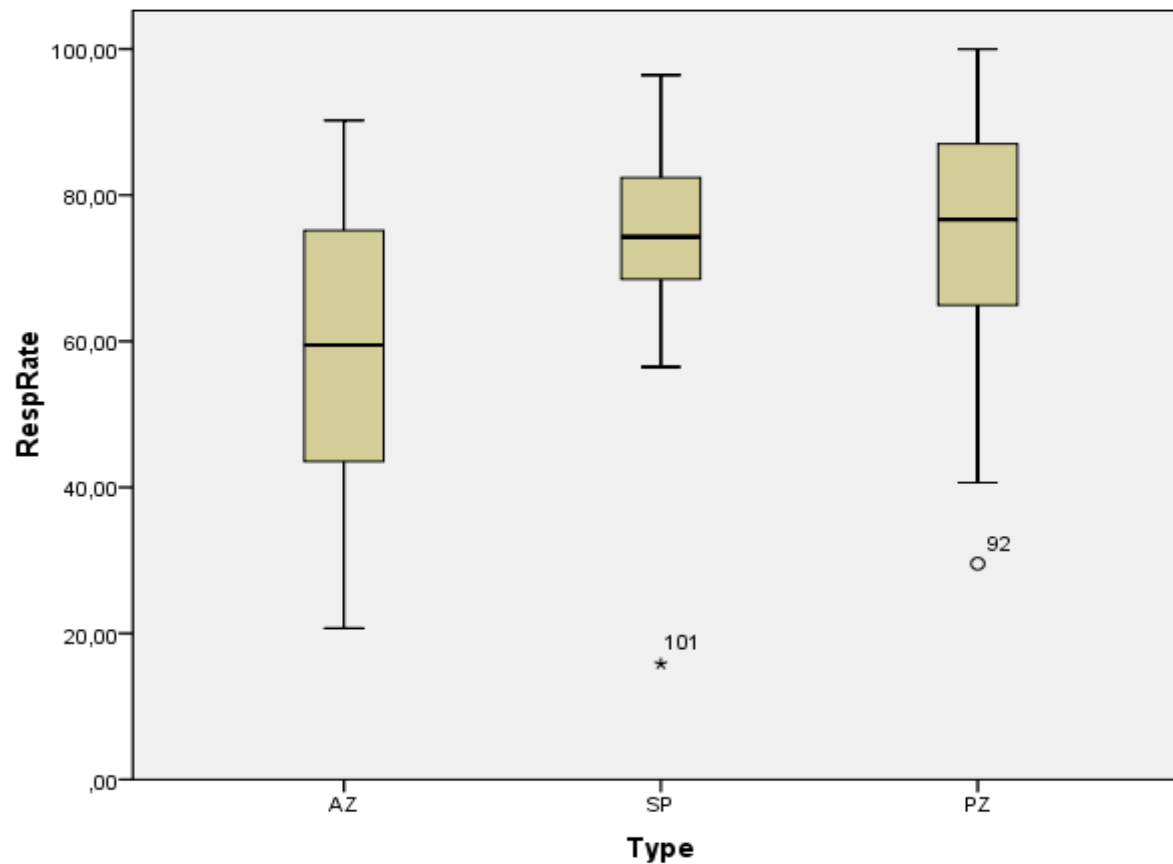
### Taux de réponse

	distribution	réponse	%
médecins	13.883	4.909	35
autres collaborateurs	81.621	47.287	58
total	95.504	52.196	55



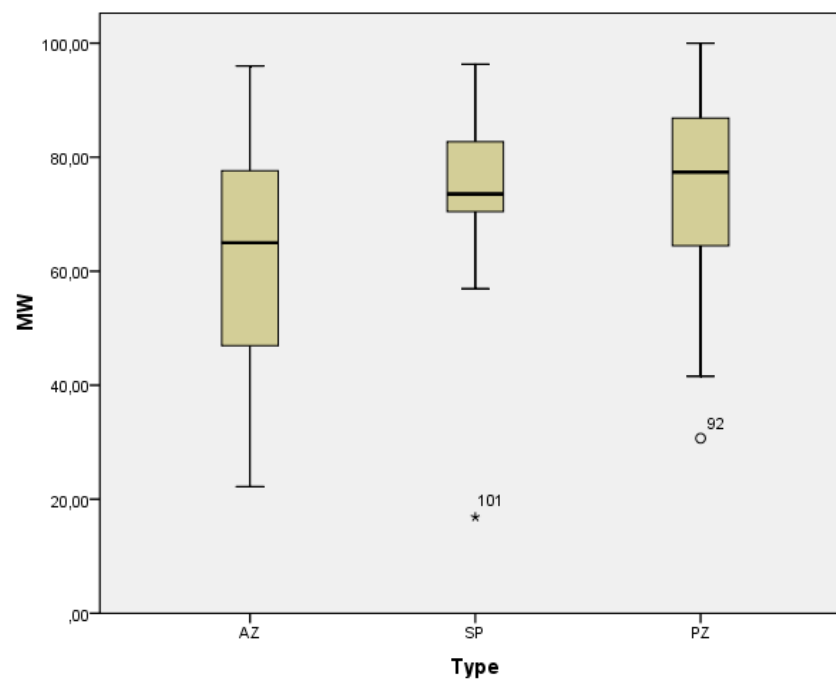
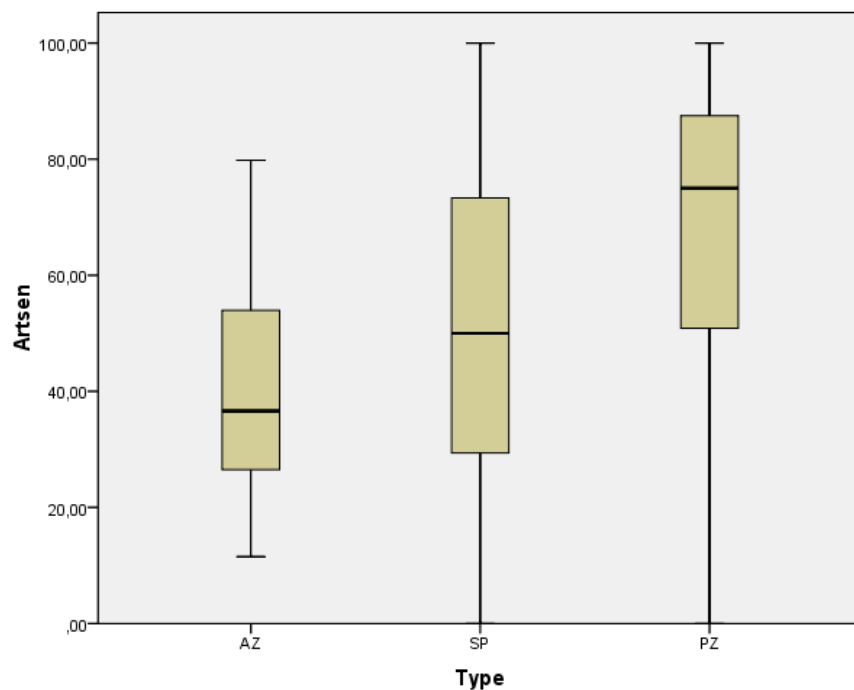
# Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (4)

## Taux de réponse global par type d'hôpital



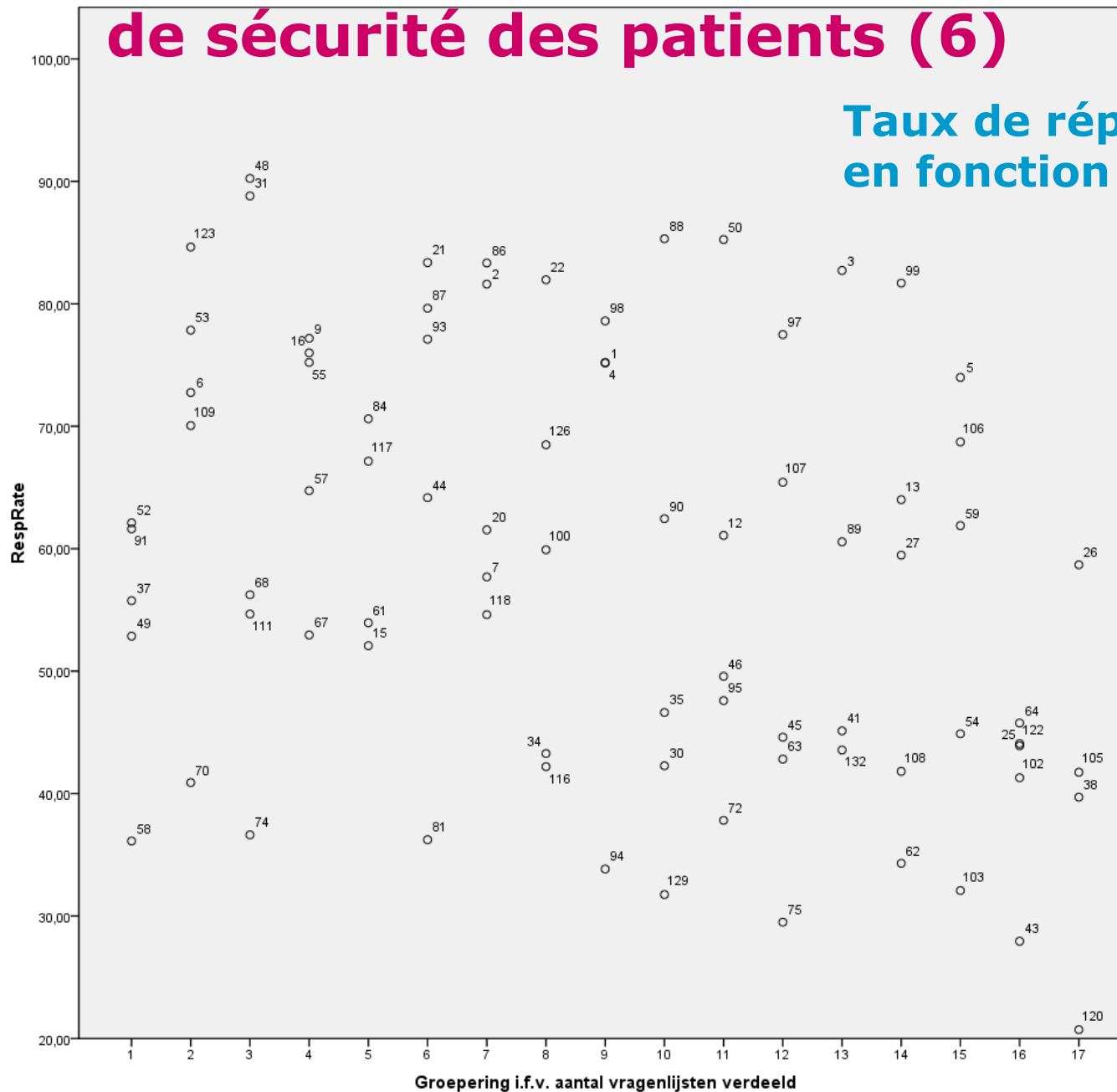
# Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (5)

## Taux de réponse médecins et autres collaborateurs par type d'hôpital





# Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (6)



Taux de réponse global en fonction du groupe



# Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (7)

## 10 dimensions de la culture sécurité:

- D1. La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients
- D2. La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue
- D3. Le travail en équipe au sein des unités
- D4. L'ouverture à la communication
- D5. Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients
- D6. L'absence de sanction face aux erreurs
- D7. L'encadrement en personnel
- D8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients
- D9. Le travail d'équipe entre les départements
- D10. La transmission des informations et les transferts

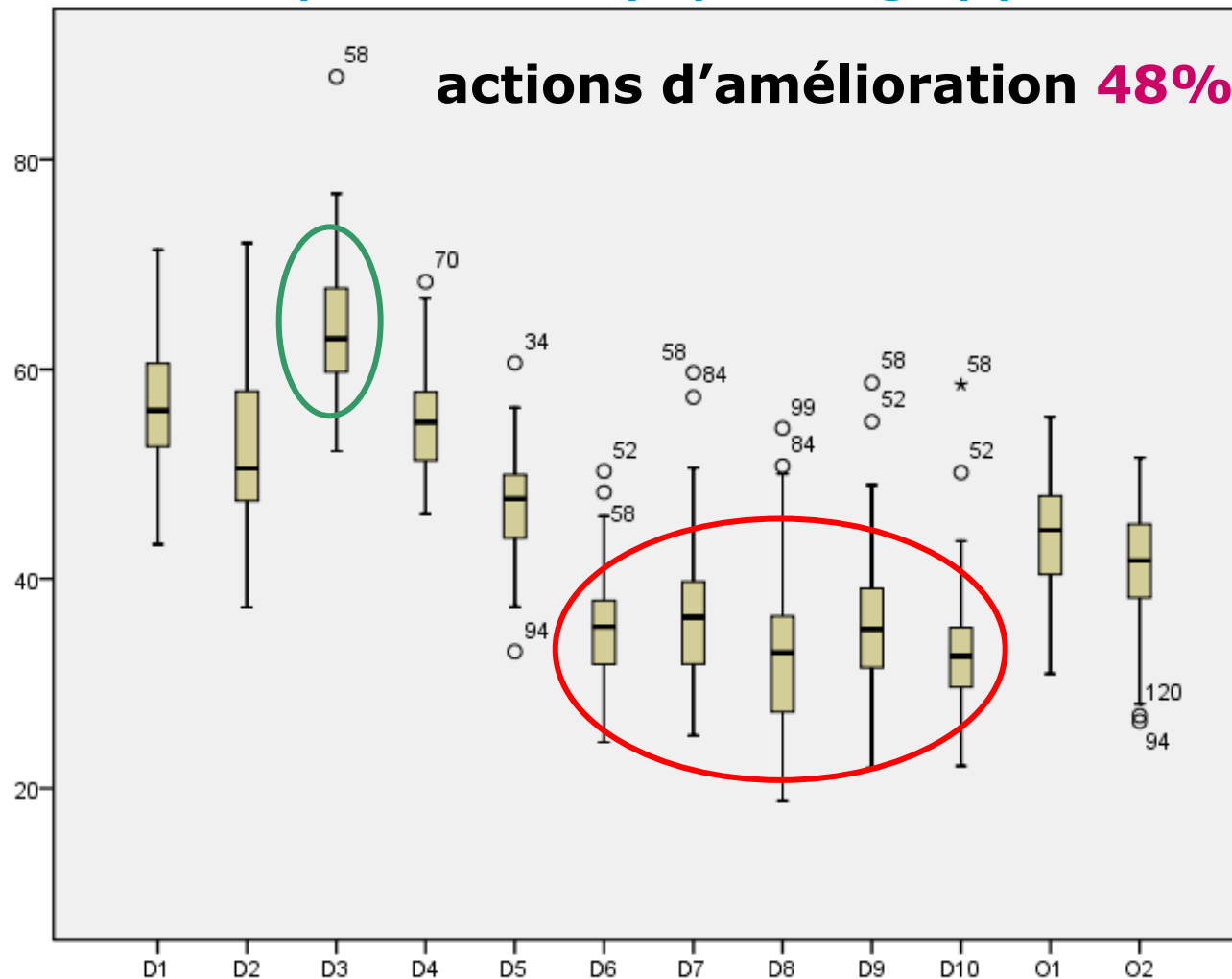
## 2 dimensions outcomes:

- O1. La perception globale de la sécurité
- O2. La fréquence du signalement des événements indésirables (EI)



# Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (8)

## Résultats par dimension (hôpitaux aigus) (octobre 2008)



### 10 dimensions de la culture sécurité:

- D1. La gestion/supervision des attentes et les actions visant à promouvoir la sécurité des patients
- D2. La façon dont l'organisation tire profit des erreurs commises et s'améliore de façon continue
- D3. Le travail en équipe au sein des unités
- D4. L'ouverture à la communication
- D5. Les retours d'informations et la communication en matière de sécurité des patients
- D6. L'absence de sanction face aux erreurs
- D7. L'encadrement en personnel
- D8. Le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients
- D9. Le travail d'équipe entre les départements
- D10. La transmission des informations et les transferts

### Deux dimensions d'outcome:

- O1. La perception globale de la sécurité
- O2. La fréquence du signalement des événements indésirables (EI)



## Quelques résultats : Mesure de la culture de sécurité des patients (9)

### Quelles actions d'amélioration?

Transmission et transfert (46%)

Feedback et communication sur la sécurité (30%)

Perception globale de la sécurité (28%)

Groupe de travail interdépartemental (26%)

Pas de pénalisation face aux erreurs (25%)



## Quelques résultats : Enregistrement des EI (2)

29

	n	%
<b>système de récolte présent</b>	<b>139/164</b>	<b>85</b>
<b>pour tous les collaborateurs</b>	<b>71/139</b>	<b>51</b>
<b>anonymat du rapporteur</b>	<b>46/139</b>	<b>33</b>
<b>anonymat du patient</b>	<b>32/139</b>	<b>23</b>
<b>choix entre anonyme ou nominatif</b>	<b>74/139</b>	<b>53</b>
<b>confidentialité</b>	<b>126/139</b>	<b>91</b>
<b>couvrant tout l'hôpital</b>	<b>111/139</b>	<b>80</b>
<b>signalisation écrite</b>	<b>76/139</b>	<b>55</b>
<b>signalisation électronique</b>	<b>23/139</b>	<b>17</b>
<b>signalisation écrite et électronique</b>	<b>40/139</b>	<b>29</b>



## Quelques résultats : Enregistrement des EI (3)

30

	n	%
<b>système d'analyse présent</b>	<b>43/139</b>	<b>31</b>
<b>hôpitaux aigus</b>	<b>33/43</b>	<b>77</b>
<b>hôpitaux psychiatriques</b>	<b>7/43</b>	<b>16</b>
<b>hôpitaux Sp</b>	<b>3/43</b>	<b>7</b>
<b>qui fait l'analyse</b>		
<b>coordinateur Q</b>	<b>72/139</b>	<b>52</b>
<b>collaborateur staff</b>	<b>52/139</b>	<b>37</b>
<b>autre</b>	<b>15/139</b>	<b>14</b>



## Quelques résultats : Enregistrement des EI (4)

31

### Qu'est-ce qui est récolté ?

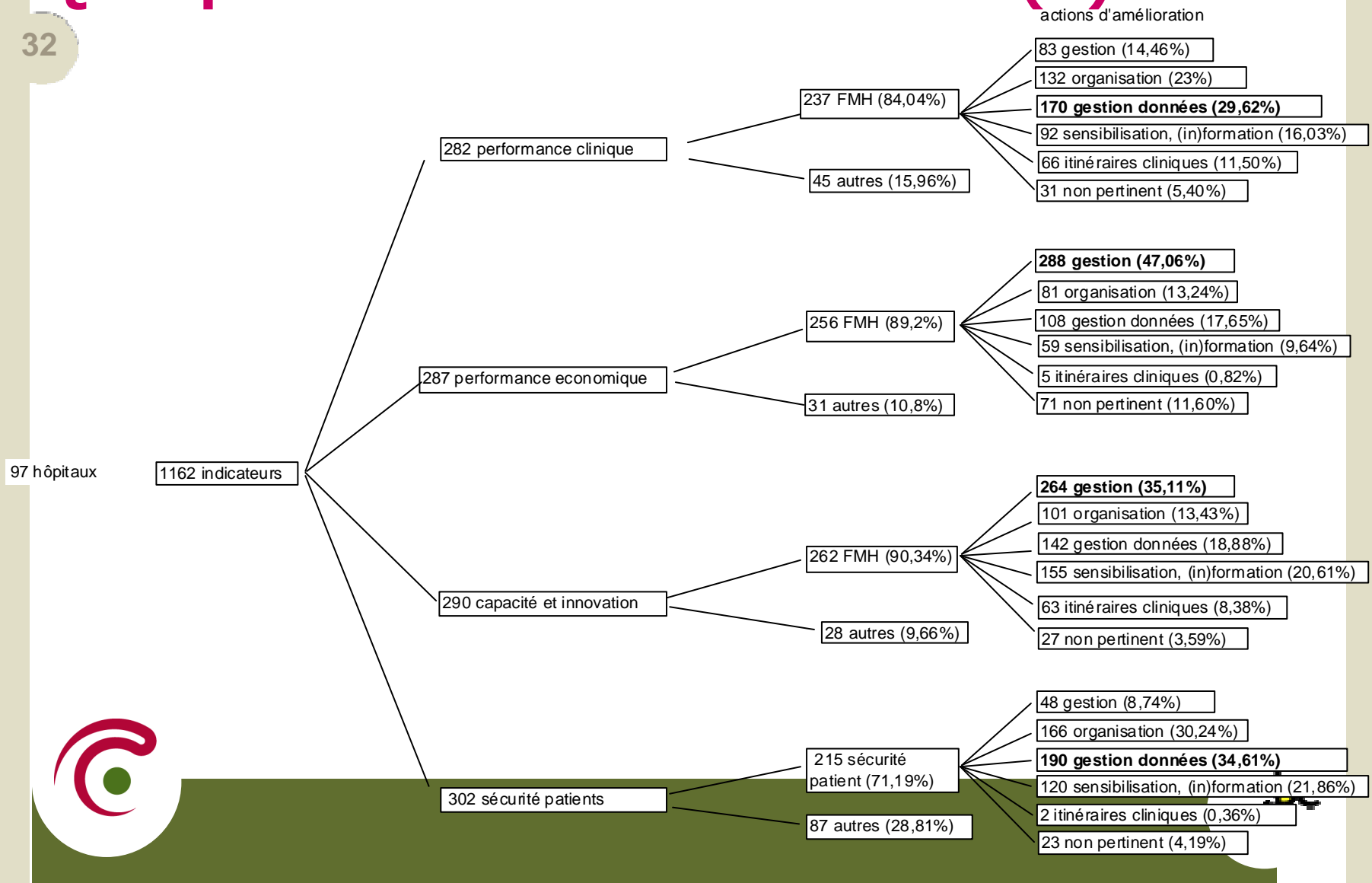
Top 5 des incidents les plus récoltés:

1. Problèmes rencontrés avec les médicaments
2. Chutes des patients
3. Transfusion: problèmes et réactions
4. Toute possibilité d'incidents
5. Agression



# Quelques résultats : Indicateurs (1)

32





# Quelques résultats : Indicateurs (2)

33

## SECURITE DES PATIENTS (1/2)

Autres	87	29,10%
Ulcère de décubitus	37	12,37%
Septicémie postopératoire	23	7,69%
"Failure to rescue"	19	6,35%
Infections liées aux soins	18	6,02%
Mortalité hospitalière dans les APR-DRG de faible mortalité	18	6,02%
Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire	13	4,35%
Réaction à la transfusion	12	4,01%
Corps étranger laissé au cours d'une intervention	9	3,01%
Fracture de hanche postopératoire	9	3,01%
Insuffisance respiratoire postopératoire	8	2,68%



# Quelques résultats : Indicateurs (3)

## 34 SECURITE DES PATIENTS (2/2)

Complications d'anesthésie	8	2,68%
Déhiscence de plaie opératoire après une chirurgie abdominopelvienne	7	2,34%
Hémorragie ou hématome postopératoire	6	2,01%
Traumatisme obstétrical au cours d'un césarienne	5	1,67%
Pneumothorax iatrogène	4	1,34%
Complications physiologiques et métaboliques postopératoires	4	1,34%
Piqûre ou lacération accidentelle	4	1,34%
Traumatisme obstétrical ou cours d'un accouchement par voie basse assisté par instrumentation	4	1,34%
Traumatisme obstétrical ou cours d'un accouchement par voie basse assisté sans instrumentation	3	1,00%
Traumatisme obstétrical du nouveau-né	1	0,33%



## Quelques résultats : Indicateurs (4)

35

### Responsables des indicateurs sécurité des patients

Département médical (64%)

Département infirmier (20%)

### Actions d'amélioration

Catégorie 'gestion des données' (35%)

Catégorie 'organisation (mise en pratique sur le terrain)' (30%)



# **III. Contrat pluriannuel sur la qualité et la sécurité des patients 2008-2012**



# Plan pluriannuel

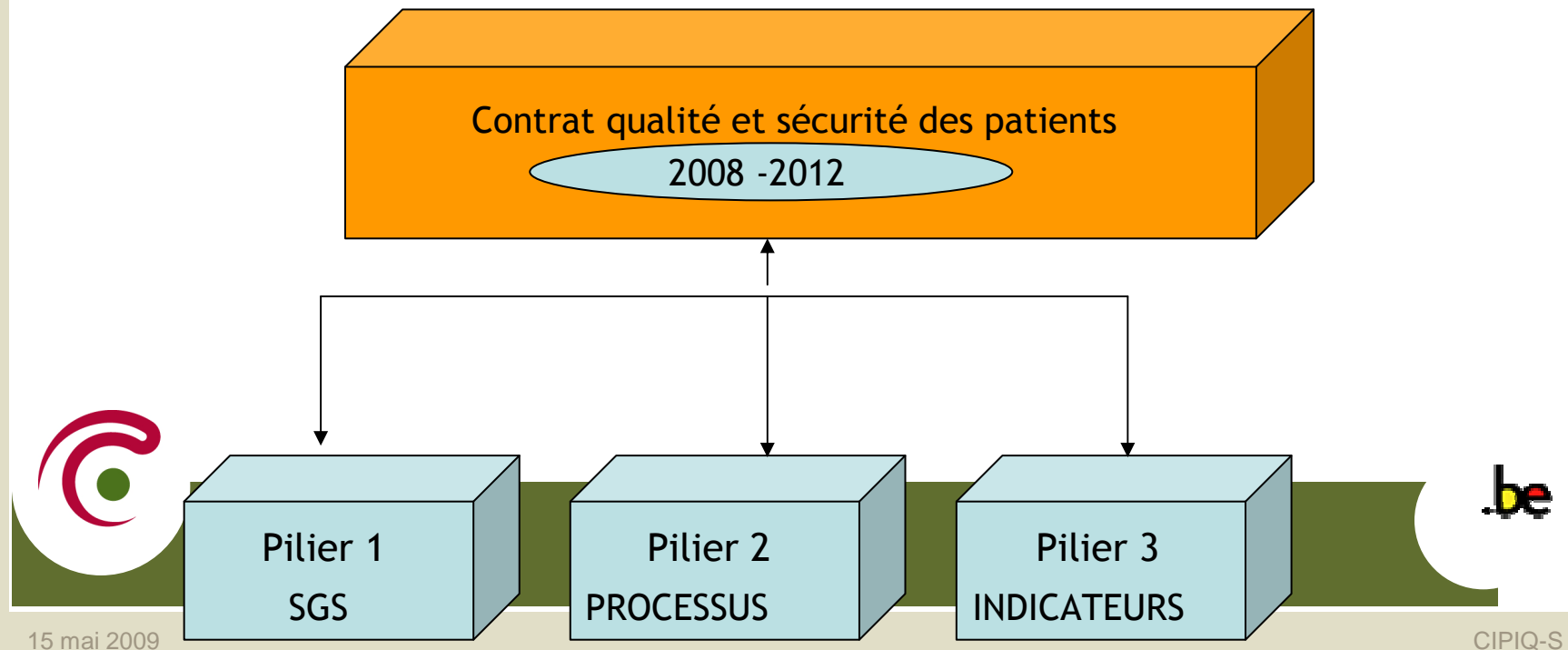
37

2011-2012	<p><b>PILIER 1</b></p> <p>intégration des différentes sources d'information</p>	<p><b>PILIER 2</b></p> <p>initiation d'1 projet d'amélioration d'un processus TRANSMURAL par biais d'indicateurs</p>	<p><b>PILIER 3</b></p> <p>disposer d'un ensemble d'indicateurs multidimensionnels standardisés et intégrés et suivi opérationnel</p>
2010-2011	<p><b>PILIER 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a l'échelon hôpital récolte EI</li> <li>• analyse proactive des processus à risque et propositions amélior.</li> <li>• 2<sup>ème</sup> mesure de la culture</li> </ul>	<p><b>PILIER 2</b></p> <p>initiation d'1 projet d'amélioration d'un processus TRANSMURAL par le biais d'indicateurs</p>	<p><b>PILIER 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• formuler des objectifs stratégiques et liaison avec indicateurs</li> <li>• développement de nvx indicateurs multidimensionnels</li> </ul>
2009-2010	<p><b>PILIER 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• à l'échelon hôpital : récolte EI</li> <li>• analyse des EI (rétrospective) et propositions d'actions d'amélioration</li> </ul>	<p><b>PILIER 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 nouveau processus pluridiscipli:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 pathologie : listing, FBI</li> <li>- 1 transfert pat/intramuros (+indic)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>PILIER 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• formuler des objectifs stratégiques et liaison avec indicateurs</li> <li>• développement de nvx indicateurs multidimensionnels</li> </ul>
2008-2009	<p><b>PILIER 1</b></p> <p><u>développement d'un SGS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• plan de sécurité pluriannuel</li> <li>• 2 actions d'amélioration sur base de la mesure de la culture PS</li> </ul>	<p><b>PILIER 2</b></p> <p><u>(re) développement de processus</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 processus pluridisciplinaire :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 pathologie : listing, FBI</li> <li>- 1 transfert pat/intramuros (+indic)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>PILIER 3</b></p> <p><u>développement d'indicateurs multidimensionnels</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inventaire des indicateurs : périodicité, méthode de sélection et suivi</li> <li>• désigner organe de pilotage</li> </ul>
2007-2008	<p>Feuille d'enregistrement des événements indésirables (EI)</p>	<p>Fiches descriptives de 3 projets Q Utilisation en interne des indicateurs</p>	

## Généralités (1)

38

- Vision à court et long terme (2008 – 2012)
- 3 piliers de développement (S – P – R (triade de Donabedian))
  - *Le pilier 1 : système de gestion de la sécurité*
  - *Le pilier 2 : analyse et (re)développement d'un processus de soins*
  - *Le pilier 3 : développement d'un set d'indicateurs multidimensionnels*



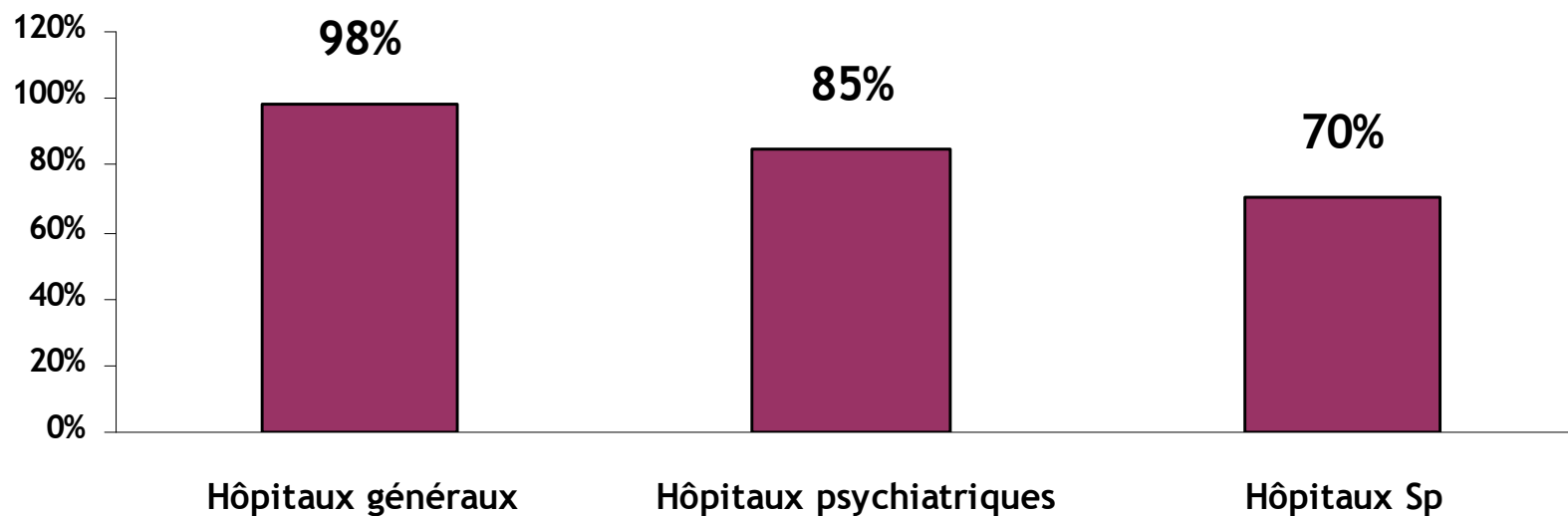
## Généralités de 2008-2009 (1)

- Contrats spécifiques pour :
  - *hôpitaux généraux*
  - *hôpitaux psychiatriques*
  - *hôpitaux Sp*
- Rapport à remettre au SPF pour 30 juin 2009
- Budget structurel :
  - *7,2 millions d'euros*
- Clé de répartition :
  - *nombre de lits agréés, avec un budget fixe pour les institutions de moins de 100 lits*



## Généralités de 2008-2009 (2)

- Taux de participation :
  - 90% des hôpitaux belges (n=185)
  - 97% des lits agréés





## Soutien du SPF pour le contrat 2008-2009

41

- **Workshops**
  - EFQM
  - Récolte des événements indésirables, classification et analyse
- **Ateliers**
  - Mesure de la culture de sécurité pour les nouveaux hôpitaux
  - Méthode d'analyse rétrospective: formation pratique
- **Symposiums**
  - Semaine de la sécurité des patients (3<sup>ème</sup> édition)
  - Les indicateurs
- **Stimulation de création de réseaux d'échanges sur les pratiques cliniques**
  - Hôpitaux aigus
  - Hôpitaux psychiatriques
  - Hôpitaux Sp
  - Transfert intra-muros



## Pilier 1: Développement d'un SGS (2)

### Contrat 2008 – 2009

- **Développement d'un plan de sécurité pluriannuel pour la sécurité du patient :**
  - *objectifs stratégiques (2008-2012)*
  - *objectifs opérationnels (2008-2009)*
- **mise en place d'actions correctrices sur la base de la première mesure de la culture**

***! Nouveaux hôpitaux: première mesure de la culture***

### Contrat 2009 – 2010

- **à l'échelon hôpital : notification incidents (et presque incidents)**
- **analyse des notifications (rétrospective) et propositions actions correctrices**



## Pilier 1: Développement d'un SGS (3)

### Contrat 2010 – 2011

- notification incidents à l'échelon de l'hôpital
- analyse proactive des processus à risques et propositions actions correctrices
- deuxième mesure de la culture

### Contrat 2011 – 2012

- intégration de toutes les sources d'information en matière de la sécurité des patients



## **Soutien du SPF : pilier 1 (SGS)**

- **Etablissement de critères pour optimiser le système de notification hospitalier**
- **Création d'un cadre juridique visant à sécuriser la notification des incidents**
- **Taxonomie uniforme et standardisée pour le rapportage des incidents et presque incidents**

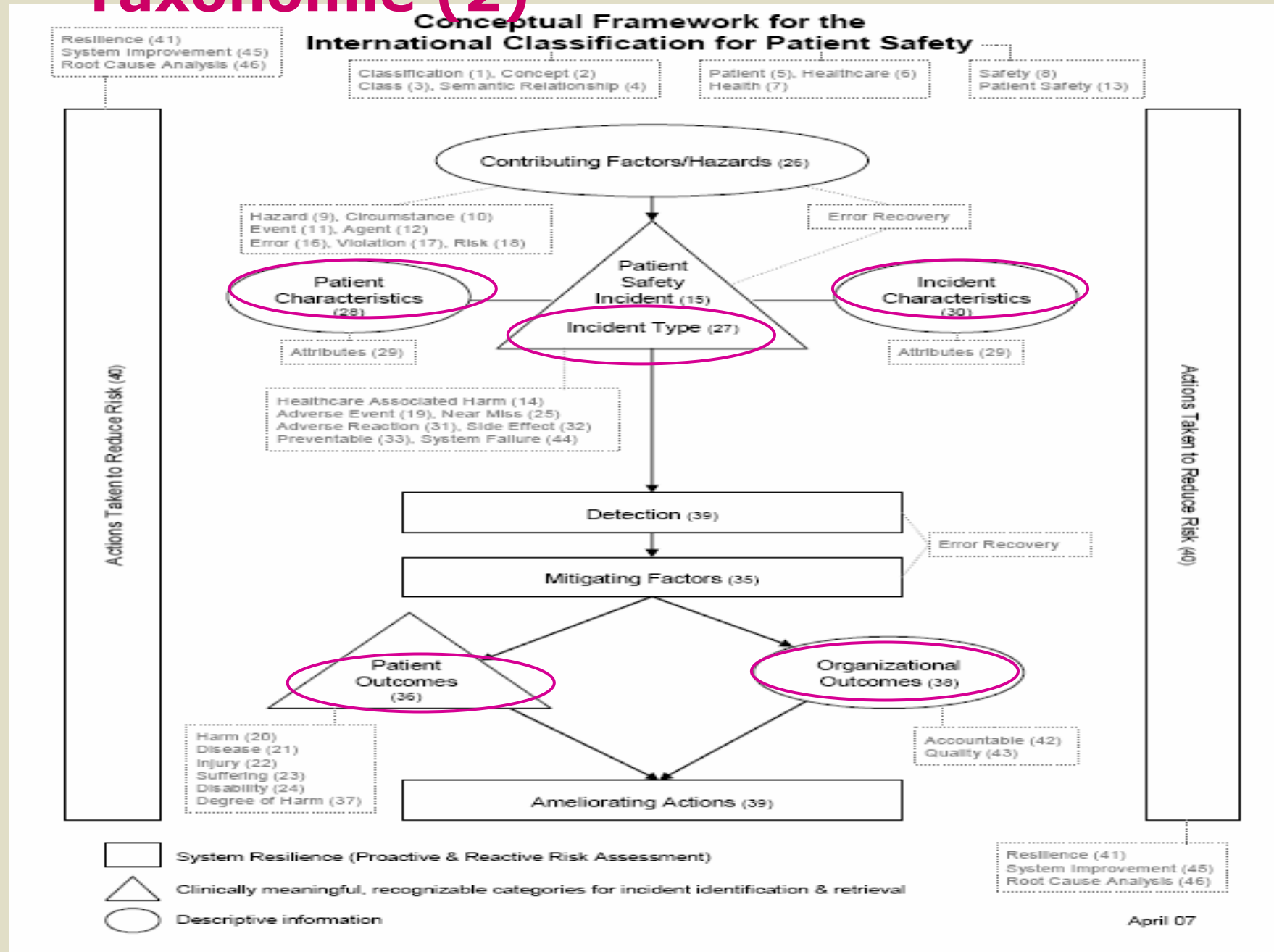


## Taxonomie (1)

- Classification claire et univoque
- Equilibre entre détail et usage facile
- Impact minimal sur systèmes informatiques en place
- Permet l'agrégation et la comparaison
- Base de données structurée

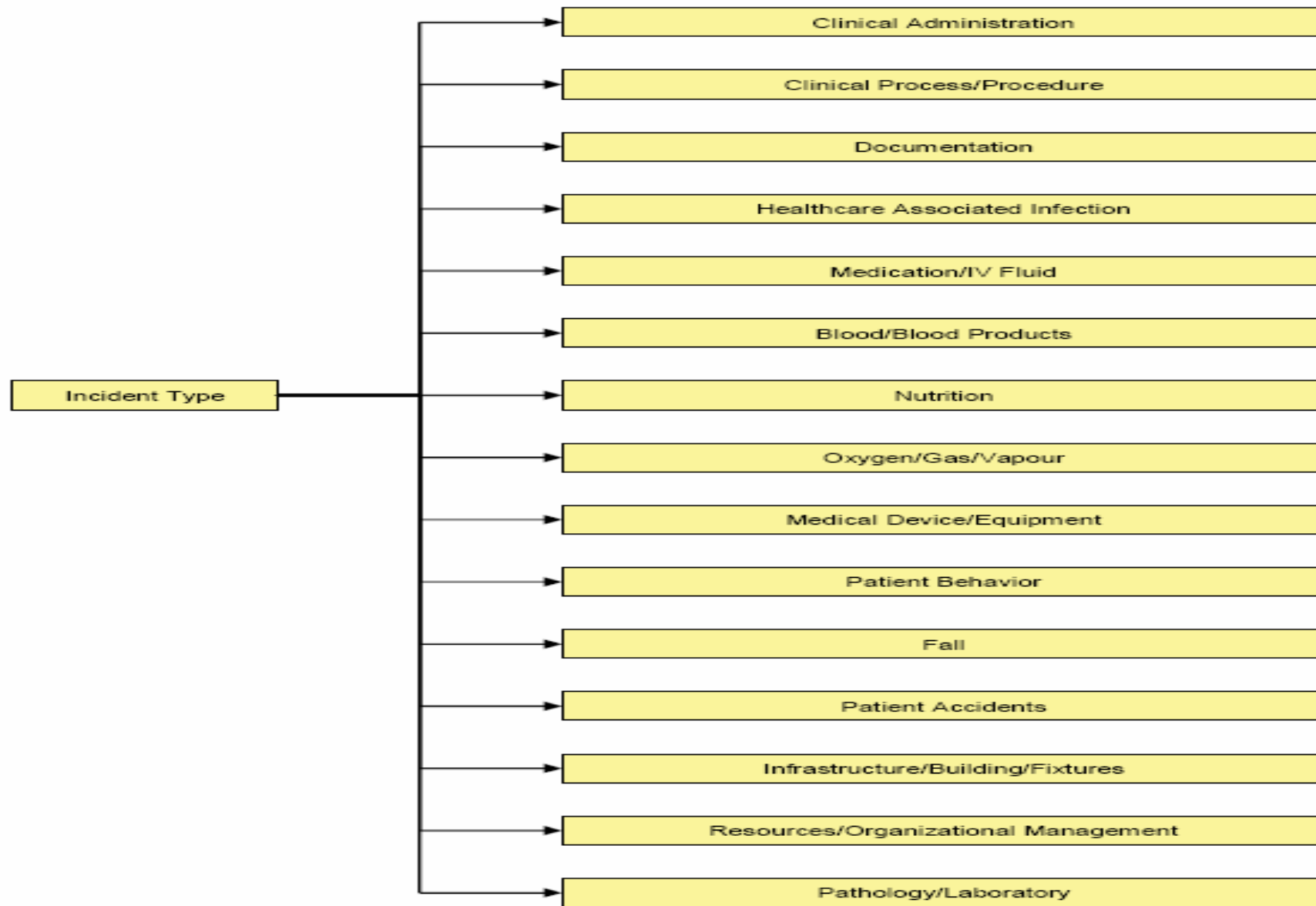


# Taxonomie (2)

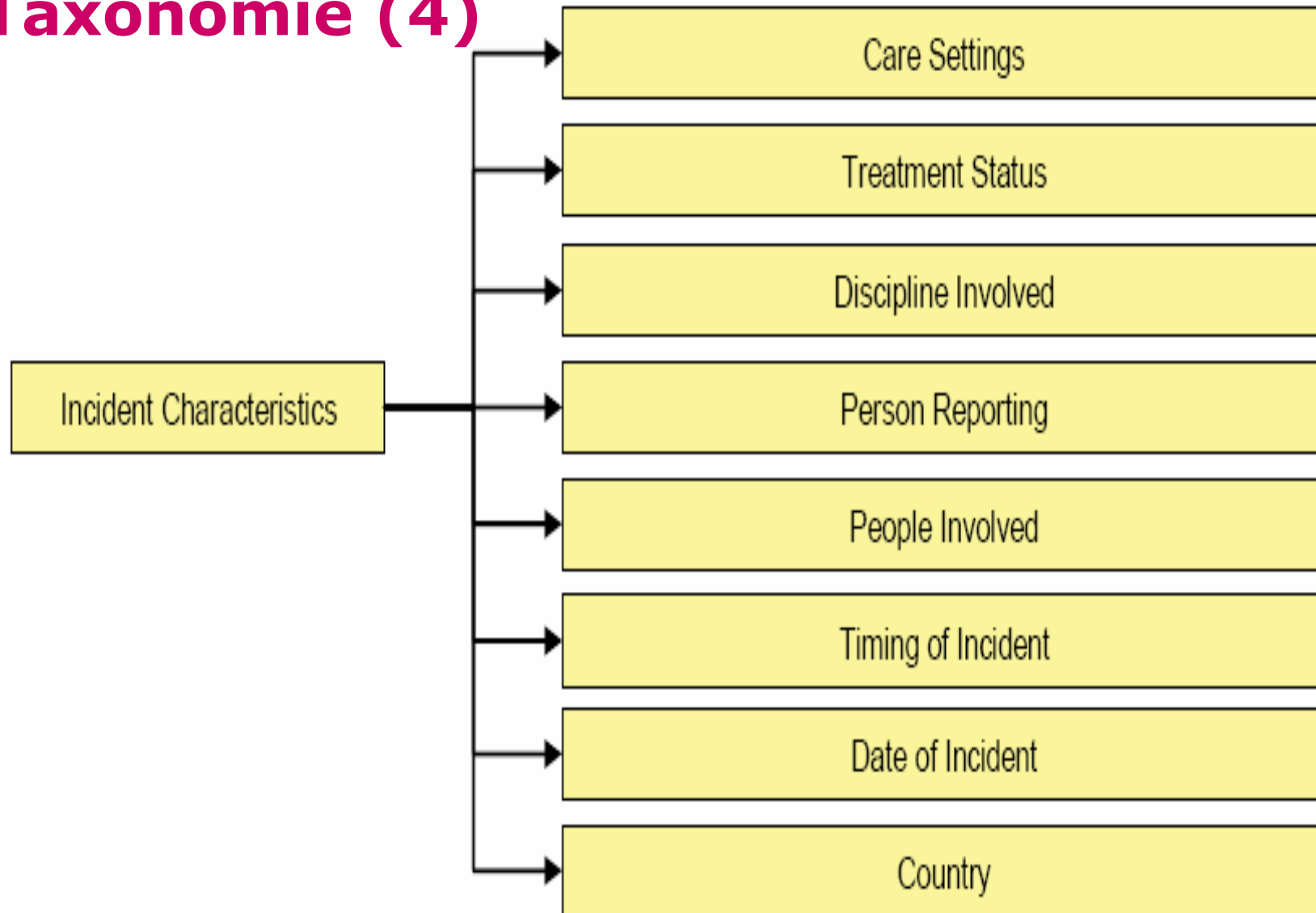


# Taxonomie (3)

## Incident Type



## Taxonomie (4)





## Pilier 2: (re) développement d'un processus (2)

49

### Contrat 2008–2009 / 2009-2010

- **Analyse et l'amélioration d'un processus de soins selon une méthodologie standardisée dans le but de mettre en évidence des interventions clés**
- **Evaluation multidimensionnelle sur base d'indicateurs**
- **L'utilisation éventuelle de SLA (contrat de services)**

### Contrat 2010-2011 / 2011-2012

- **initiation d'un projet d'amélioration d'un processus transmurale**



## **Pilier 3: Développement d'indicateurs multidimensionnels (2)**

### **Contrat 2008–2009**

- **Réaliser un inventaire des indicateurs utilisés dans l'hôpital pour gérer la qualité des soins et la sécurité des patients**
- **indiquer les méthodes de suivi : balanced scorecard, EFQM, Kwadrant, audit,...**
- **Désigner un organe qui se chargera de la coordination et du suivi des indicateurs**

### **Contrat 2009–2010 / 2010-2011**

- **Développement de nouveaux indicateurs en veillant à un équilibre multidimensionnel**
- **Formuler des objectifs stratégiques et liaison avec indicateurs**



## Pilier 3: Développement d'indicateurs multidimensionnels (3)

### Contrat 2011–2012

- **Disposer d'un ensemble d'indicateurs multidimensionnels standardisés et intégrés**
- **Suivi opérationnel**



## Pilier 3: Développement d'indicateurs multidimensionnels (4)

### Objectifs pour le SPF

- **court terme**: examiner la variance entre les ensembles d'indicateurs
- **long terme**: évoluer vers un ensemble (set) d'indicateurs nationaux multidimensionnels standardisés et intégrés (dynamique bottom-up)



# Merci pour votre écoute

## Contacts SPF

[qs@health.fgov.be](mailto:qs@health.fgov.be)

[www.patient-safety.be](http://www.patient-safety.be)

