

all teach,  
all learn\*

\* inspired by IHI

# 6

# LA SÉCURITÉ DES PATIENTS, ENSEMBLE RELEVONS LE DÉFI

LIVRE MAUVE

Page 2

La qualité vue par le Docteur de Toeuf

Page 4

La sécurité dans l'aviation

Page 5

Audits au chevet du patient au CHU Brugmann

Page 8

Est-ce possible chez vous ?

Page 10

Veille documentaire

Page 11



PAQS  
ASBL



Le Magazine de la PAQS est une publication de la PAQS ASBL  
Clos Chapelle-aux-Champs,  
30 bte 1.30.30  
1200 Bruxelles

Editeur responsable  
Denis Herbaux

Conception et réalisation  
Audrey Mattelet

Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à ce numéro :

Jacques de Toef, Véronique Hélin, Denis Herbaux, Guillaume Tirtiaux, Ana van Innis

Nous remercions l'IHI de nous permettre l'utilisation de leur mantra sur notre couverture.

Impression  
Media Process  
Chaussée de Louvain, 775  
1140 Bruxelles

Les articles publiés n'engagent la responsabilité que de leurs auteurs.

Toute reproduction, même partielle, des articles de la publication du Magazine de la PAQS doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la PAQS ASBL.



## UN LIVRE MAUVE POUR RELEVER, ENSEMBLE, LE DÉFI DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Tout a commencé il y a un peu plus de cinq ans maintenant. Ou plutôt, tout s'est amplifié. Car ce n'était pas nouveau. Pas tout-à-fait. Tout le monde y travaillait. D'une manière ou d'une autre. Depuis longtemps. Depuis toujours. Mais pour la première fois, un **mouvement** se créait. Des acteurs, qui n'avaient que trop rarement saisi l'opportunité de travailler ensemble, décidaient de se rassembler, d'unir leurs forces et leurs ressources dans un objectif commun : celui d'améliorer la **qualité des soins** et la **sécurité des patients**.

Il y a un peu plus de cinq ans donc, naissait la PAQS. Dans un contexte précis : celui de l'accréditation. Beaucoup d'hôpitaux, si pas tous, s'interrogeaient sur cette démarche. Et la PAQS se voulait être un moyen d'informer, de sensibiliser et d'accompagner. En étant efficient, car ensemble. Progressivement, au fil des réunions et des projets, est apparue la nécessité de s'éloigner de l'outil accréditation pour se concentrer sur les fondamentaux de la qualité, et en particulier sur les raisons de l'existence même de cet outil : la complexité du système de santé et les risques qui en découlent. Cette évolution fut concrétisée dans le programme 2017-2019 de la PAQS, dont le projet central - *5 ans pour sauver des vies* - est axé sur les priorités de l'OMS pour la sécurité des patients. Cette évolution n'était, bien entendu, que le reflet d'un mouvement global, observé dans de nombreux pays, documenté dans la littérature et mis en avant dans la majorité des congrès internationaux. Ce mouvement, c'est la volonté de faire prendre conscience au secteur de l'urgence de la situation. Urgence détaillée dans un rapport publié en mars 2017 et qui nous ramène à une réalité dure, effrayante : en moyenne, dans les pays de l'OCDE, **10% des admissions à l'hôpital vont subir au moins un évènement indésirable**. En Belgique, cela représente des dizaines de milliers de patients, voire des centaines de milliers. Chaque année. Dont certains en décéderont. Combien ? 1.000 ? 5.000 ? 10.000 ? Trop de toutes façons.

L'évolution dans les activités de la PAQS fut renforcée par la décision du conseil d'administration, composé des fédérations d'institutions de soins et des organismes assureurs, de saisir une opportunité qui s'offrait à nous : l'approche des élections régionales de mai 2019 et la responsabilité

10% des admissions à l'hôpital  
vont subir au moins un  
événement indésirable



grandissante des régions pour les questions de qualité et de sécurité à la suite des différentes réformes de l'état. Moment idéal pour transmettre un message clair sur l'urgence de la situation et la nécessité de faire quelque chose. Et sur l'indispensable volonté politique pour lancer, soutenir et pérenniser un mouvement global indispensable pour espérer avoir un impact. C'est ainsi que furent initiés les travaux du **Livre Mauve**, qui a pour ambition de proposer aux prochains ministres régionaux une stratégie régionale pour l'amélioration de la sécurité des patients.

Les grands axes de cette stratégie ont été présentés ce 14 juin 2018. Loin d'être le fruit d'une réflexion d'un petit groupe de savants fous dans leur tour d'argent, ils sont issus d'un travail préparatoire impliquant plusieurs associations représentatives des professionnels de la santé bruxellois et wallons. Et un premier constat peut déjà être tiré : les solutions privilégiées par ces associations pour s'attaquer au problème de la sécurité des patients sont pratiquement identiques à celles mises en avant par les experts internationaux et les différentes organisations internationales s'intéressant au sujet. Nous sommes donc tous d'accord sur les moyens à mettre en œuvre. Il ne reste donc plus qu'à...

Dans les prochains mois, la PAQS organisera **une consultation du secteur** sur ces grands axes, ces priorités. Nous souhaitons permettre à un maximum de professionnels de terrain de s'exprimer sur ceux-ci et de proposer des actions concrètes pour chacun d'eux. Ce sont en effet ces professionnels qui sont les mieux placés pour identifier les problèmes existants et les meilleurs moyens de les résoudre. Et c'est de ces mêmes professionnels que dépendra le succès, ou l'échec, de la stratégie. L'adhésion la plus large possible à ce mouvement est nécessaire, indispensable.

D'ici à l'été prochain, les travaux seront finalisés, et la première stratégie régionale pour l'amélioration de la sécurité des patients sera née. La balle sera alors dans le camp du politique, qui devra donner les moyens au secteur de relever ce défi. Des moyens financiers ? Sans doute... Mais certainement pas uniquement ! Car il s'agira avant tout **de généraliser la prise de conscience et développer la culture indispensable à la fiabilité**. Ce que l'argent ne peut faire à lui seul.

Fidèle à la philosophie qui a guidé la création et l'évolution de la PAQS, nous espérons que l'ensemble du secteur se joindra au mouvement naissant.

**ENSEMBLE POUR L'AMÉLIORATION DES SOINS DE SANTÉ.  
ENSEMBLE POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS.  
ENSEMBLE POUR SAUVER DES VIES !**



Rédigé par :  
Denis Herbaux, CEO - PAQS

### LE DOCTEUR DE TOEUF VICE-PRÉSIDENT DE L'ABSYM

#### COLLABORATION AVEC LA PAQS SUR LE LIVRE MAUVE

Les travaux pour rédiger le « Livre Mauve Qualité Sécurité » ont commencé par une enquête auprès des parties prenantes concernées. Les réponses ont permis de classer les interventions selon leur pertinence quant à l'amélioration importante ou pas de la « Qualité Sécurité », et selon leurs coûts. On note que, les indicateurs à coûts réduits s'adressent quasi entièrement à des procédures, des process. Pour les interventions à coûts élevés, quel que soit le niveau d'amélioration, ils concernent pour l'essentiel soit des systèmes organisés d'évaluation et de contrôle, soit des outils comme le dossier patient informatisé. La PAQS a résumé également l'expérience écossaise, qui met en évidence les améliorations de morbidité induites par les modèles qualité.

La proposition générale du « Livre Mauve » est de recourir à une approche de type systémique pour mettre en place un système de « Qualité Sécurité ». L'intégration est donc envisagée tant pour les aspects cliniques qu'organisationnels ou de structures.



#### PRIORITÉS « QUALITÉ SÉCURITÉ »

Je pense que tous les travaux et efforts publiés depuis plus de 15 ans tournent autour de l'amélioration des procédures de soins dans les hôpitaux, qu'on peut favoriser par des interventions sur la structure, sur les normes, sur les modèles d'évaluation, sur la conscientisation des prestataires. Ils recourent tous à des boucles de feedback qualitatives. Je pense qu'il est nécessaire d'inclure une autre dimension dans la politique Qualité, celle qui vise à mettre en avant les besoins et les envies d'amélioration manifestés tant par les prestataires que par les patients. Et donc de focaliser l'attention bien plus sur les résultats des soins donnés que sur les moyens d'y arriver (les procédures et les structures). À ce titre, le modèle, développé par ICHOM, d'évaluation des résultats des soins donnés paraît prometteur bien qu'entaché de coûts fort élevés. Il me semblerait utile de créer, pour l'occasion, une sorte de *Triple Aim* pour les soins hospitaliers, dans lequel on prendra en compte aussi bien la perception du médecin que celle des financiers/systèmes organisateurs que les ressentis des patients. Recourir au recueil des données selon les modèles PREM et PROM est indispensable. C'est en mettant en avant, en motivant, en stimulant l'émulation au sein des équipes hospitalières qu'on obtiendra, je crois, plus facilement l'adhésion des services hospitaliers à l'évaluation de la « Qualité Sécurité » et à son amélioration.

## LA SÉCURITÉ DANS L'AVIATION

Le 17 décembre 1903, les frères Wright, fabricants de bicyclettes dans l'Ohio, ont marqué l'histoire par le premier vol motorisé de l'histoire. Depuis, la culture de **sécurité** en aviation n'a cessé d'évoluer, pour le grand bien des passagers. Elle repose aujourd'hui sur quelques piliers dont les principaux sont présentés ci-dessous.

**Premier pilier : la check-list.** Elle est née en 1936 à la suite du crash du Boeing B299 – le prototype du mythique B17, aussi appelé forteresse volante – lors de son vol de démonstration devant l'Etat Major de l'US Air Force. Ce jour-là, le Major Hill, qui était le pilote le plus expérimenté de l'armée de l'air des États-Unis, a « bêtement » oublié de déverrouiller les commandes de vol de son avion avant de décoller.

**Deuxième pilier : le rapport d'incident.** À la fin des années 60, la NASA a proposé un système de rapport d'incidents anonyme, volontaire et non punitif appelé *Aviation Safety Reporting System*, toujours utilisé aujourd'hui aux États-Unis. Son objectif était de récolter des données sur les incidents survenus en vol, afin d'en tirer un apprentissage dans le but d'améliorer la sécurité.

Aujourd'hui, une loi oblige tout pilote acteur ou témoin d'un incident ou accident à rédiger un rapport. Cette loi protège également le rédacteur du rapport contre tout élan punitif de la part de l'autorité de tutelle ou de l'employeur.

**Troisième pilier : l'acceptation de l'erreur.** En 1984, le psychologue anglais James Reason a publié sa théorie sur la faillibilité humaine. Avant cette date, l'humain était vu comme responsable de tous les dysfonctionnements. Or Reason a montré qu'une erreur était souvent multifactorielle. Il a notamment proposé la notion d'erreur latente, c'est-à-dire de conditions existantes au sein d'un système indépendamment des acteurs de première ligne, et augmentant la probabilité d'une catastrophe. Depuis, l'humain est passé du statut de responsable de tous les maux à celui de plus-value essentielle de par sa

capacité d'adaptation, contribuant à développer des systèmes dits résilients.

**Quatrième pilier : le Crew Resource Management, ou CRM.** De nombreux accidents aériens ont eu lieu durant les années 70, malgré des avions de plus en plus fiables et des pilotes de mieux en mieux entraînés grâce à l'avènement des simulateurs de vol. Le 27 mars 1977, 583 passagers ont trouvé la mort alors que deux Boeing 747 se sont percutés dans le brouillard sur l'aéroport de Ténériffe. Le copilote de l'un des deux avions n'a pas réussi à se faire entendre de son commandant de bord, qui était persuadé que le contrôle aérien l'avait autorisé à décoller.

Le développement du CRM a commencé en 1980, afin de former les équipages à la gestion des « facteurs humains » impactant notre fonctionnement individuel et collectif. Les sujets couverts lors des formations au CRM – aujourd'hui obligatoires – sont notamment le travail en équipe, la communication, la prise de décision, la gestion de la charge de travail et la conscience de la situation.

**Cinquième pilier : le respect des règles, la formation et l'évaluation continue.** Pilotes et personnel de cabine suivent une formation continue et sont évalués sur base annuelle sur des sujets tant techniques qu'en rapport avec le CRM et la sécurité.

# NEDERLANDSTALIGE VERSIE

---

## PAARSBOEK OM SAMEN DE UITDAGING VAN PATIËNTVEILIGHEID AAN TE GAAN

Ongeveer vijf jaar geleden, ontstond in het kader van de bloei van de accreditatiebeweging het PAQS. PAQS was aanvankelijk als een informatie-, sensibiliserings- en begeleidingsplatform bedoeld rond dit thema, maar mettertijd bleek het noodzakelijk om accreditatie los te laten en op patiëntveiligheid te focussen. Deze problematiek staat centraal in ons tweede programma 2017-2019 en krijgt overal ter wereld meer aandacht dan ooit tevoren. Recent besloot de Raad van Bestuur van het PAQS om nog een stap verder te gaan en te beginnen met de ontwikkeling van een regionale strategie om patiëntveiligheid te verbeteren. De grote lijnen van deze strategie werden al geïdentificeerd. Zij zullen in de komende maanden tot concrete maatregelen worden uitgewerkt, op voorstel van zorgprofessionals van de werkvloer. Op deze manier gaan we de regionale verkiezingen van 2019 tegemoet, waarna we – hopelijk! – nieuwe ministers van volksgezondheid krijgen die deze strategie in de praktijk brengen. Samen sterk voor een verbetering van de gezondheidszorg. Samen sterk voor patiëntveiligheid. Samen op de bres om levens te redden!

---

## KWALITEIT VOLGENS DOKTER JACQUES DE TOEUF, ONDERVOORZITTER VAN DE BVAS

Dokter de Toeuf acht het noodzakelijk om aan het kwaliteitsbeleid een nieuwe dimensie toe te voegen die de behoeften en wensen voor verbetering van zowel zorgverstrekkers als patiënten onder de aandacht brengt. We moeten volgens hem meer focussen op de resultaten van de zorgverlening dan op de middelen die ervoor vereist zijn. Hij verwijst daarbij naar het model dat het ICHOM ontwikkelde en onderstreept dat het nuttig zou zijn om voor de ziekenhuiszorg een Triple Aim-raamwerk uit te werken dat rekening houdt met de perceptie van artsen, financiers/organisatiesystemen en patiënten. Wanneer we een gezonde wedijver binnen ziekenhuisteamen onder de aandacht brengen, verantwoord en stimuleren, zullen ziekenhuizen volgens dokter de Toeuf meer geneigd zijn om mee te werken aan het beoordelen en verbeteren van kwaliteit en patiëntveiligheid.

---

## VEILIGHEID IN DE LUCHTVAART

Sinds de eerste gemotoriseerde vlucht werd uitgevoerd, is de veiligheidscultuur in de luchtvaart onophoudelijk geëvolueerd. De vijf voornaamste pijlers van deze cultuur worden beschreven. De eerste is de checklist. De tweede is de incidentmelding. De wet verplicht vandaag de dag immers elke piloot die bij een incident of ongeval betrokken is of die hiervan getuige is, om een rapport op te stellen. Ook het accepteren van fouten behoort tot de pijlers: de mens is niet langer de eeuwige schuldige maar biedt inmiddels een essentiële meerwaarde dankzij het aanpassingsvermogen waarover hij beschikt. Op die manier draagt hij bij tot de ontwikkeling van zogenaamde veerkrachtige systemen. De vierde pijler is het Crew Resource Management (CRM). Dankzij CRM kan een bemanning worden opgeleid om de menselijke factoren te beheren die ons individueel en collectief functioneren beïnvloeden. Opleiding, permanente evaluatie en het naleven van normen vormen tot slot de laatste pijler.

---

## AUDIT AAN HET BED VAN DE PATIËNT IN HET UVC BRUGMANN

Eén van de tools die het UVC Brugmann gebruikt om de veiligheid van zijn patiënten te meten en te verbeteren, is de audit aan het bed van de patiënt. De audittool begrijpt 18 items en werd ontwikkeld door een werkgroep die uit hoofdverpleegkundigen en medewerkers van de cel kwaliteit bestaat. De audits worden vier keer per jaar uitgevoerd bij vier patiënten per afdeling. De betrokken afdelingen zijn geneeskunde, heelkunde, revalidatie en geriatrie. Het afdelingshoofd ontvangt eerst de algemene feedback van de audit en zodra de auditgegevens volledig verwerkt zijn, worden de gedetailleerde resultaten aan de verantwoordelijken van het verpleegkundig en paramedisch departement bezorgd. Deze resultaten worden vervolgens in het dashboard van de respectieve afdelingen verwerkt.

---

## MEDISCHE HULPMIDDELEN IN HET OPERATIEKWARTIER

Op 20 januari besloot een zekere Dr. Blue na overleg met zijn patiënt om voor deze laatste een heelkundige ingreep te plannen. Die zou op 30 januari worden uitgevoerd. Dr. Blue nam contact op met de farmacie en de hoofdverpleegkundige van het operatiekwartier om de beschikbaarheid van het nodige steriele materiaal te verifiëren. De apotheker bestelde daarop het nodige materiaal bij de betrokken fabrikanten. Op 30 januari kwam de patiënt in het operatiekwartier aan voor de ingreep. Dr. Blue begon de operatie maar moest in het midden van de procedure vaststellen dat een deel van het gevraagde materiaal ontbrak. Bij het lezen van het verslag over dit incident, vallen twee analysepunten op: het belang van de werkorganisatie en de relaties tussen de verschillende actoren in het operatiekwartier, en dat van de implementatie van de WHO-checklist.

---

## KWALITEITSINDICATOREN BIJ DE BEHANDELING VAN LONGKANKER IN BELGIË

In het kader van een geïntegreerd kwaliteitssysteem voor oncologie publiceerde het KCE in 2013 een aantal empirisch onderbouwde richtlijnen voor de diagnose, behandeling en opvolging van longkanker. Vervolgens ontwikkelde het een reeks proces- en resultaatsindicatoren om de kwaliteit van de zorgverlening voor patiënten met dit soort kanker te evalueren. Een team van Belgische vorsers onderzocht in een studie de meetbaarheid van deze indicatoren en de mogelijkheid om de kwaliteit van de zorgverlening op nationaal niveau en op instellingsniveau te evalueren. De auteurs kwamen tot het besluit dat de kwaliteit van de zorgverlening aan longkankerpatiënten in België inderdaad kan worden geëvalueerd. Ze stelden bovendien vast dat deze kwaliteit op nationaal niveau bevredigend is. Ondanks het potentieel van de bestaande databanken wees de studie overigens toch op een aantal werkpunten.

---

## SPOEDGEVALLEN: HET RISICO OP MEDISCHE FOUTEN BEPERKEN DOOR MIDDEL VAN CROSS-CHECKS

Door de complexiteit van hun werkomgeving lopen spoeddiensten een groter risico om medische fouten te maken. Enkele studies hebben uitgewezen dat eenvoudige informatie-uitwisselingen tussen spoedartsen dit risico zouden kunnen beperken. Om de impact van *cross-checks* tussen spoedartsen te onderzoeken, voerde het Parijse AP/HP-ziekenhuisnetwerk een studie uit op de spoeddiensten van zes Franse ziekenhuizen. Uit de studie blijkt dat het relatieve risico met 40% daalt wanneer spoedartsen systematische *cross-checks* uitvoeren. Dit komt neer op één vermeden risico per 24 patiënten. Het aantal niet-ernstige fouten daalt meer in het bijzonder met 47% en het aantal ernstige incidenten met 29%.



### A PURPLE BOOK FOR MEETING THE PATIENT-SAFETY CHALLENGE TOGETHER

The Platform for Continuous Improvement of Quality of Care and Patient Safety (PAQS) was established around five years ago, within the specific context of accreditation. PAQS was intended to be a platform for supplying information, raising awareness and offering guidance. Over time, it has become increasingly clear that we should move away from accreditation matters to focus on patient safety, an issue which therefore lies at the very heart of our second programme (2017-2019) and which is receiving attention worldwide more than ever before. Recently, the PAQS Board of Directors has set its sights on making further progress in this regard by launching various initiatives aimed at developing a regional patient safety improvement strategy. The key aspects of this strategy have already been identified. These will now be turned into practical measures in the coming months, drawing on ideas put forward by healthcare professionals, as we look ahead to the 2019 regional elections and the subsequent appointment of new health ministers who we hope will make this strategy a reality! Our approach will be based on the following elements: working together to improve healthcare; working together to ensure patient safety; and working together to save lives!

### QUALITY AS SEEN BY ABSyM VICE-PRESIDENT DR JACQUES DE TOEUF

According to Vice-President of the Belgian Association of Medical Unions (ABSyM) Dr Jacques de Toeuf, quality policy needs to incorporate an extra dimension, namely one seeking to highlight the necessary and desired improvements expressed by both healthcare providers and patients. The focus should be more on the outcomes of the care that is provided than on the means to achieve them. In this connection he points to the model developed by the International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) and emphasises the benefit of putting in place a "Triple Aim" for hospital care, encompassing the perspective of doctors, that of financial sponsors/organising systems, and patient experiences. He believes that highlighting, motivating and encouraging emulation within hospital teams will make it easier to secure hospital buy-in for assessing and improving quality and safety.

### SAFETY IN THE AVIATION INDUSTRY

Throughout the history of powered flight, aviation safety culture has kept evolving. It is based on five main pillars. The first is the checklist. The second is the incident report, as nowadays any pilot involved in or witnessing an incident or accident is required to write a report about it. Accepting error is the third pillar. Humans have gone from being the fount of all evil to invaluable drivers of progress, their adaptability helping in the development of resilient systems. Fourthly, there is Crew Resource Management, in which flight crews are trained to manage the human factors that affect our individual and collective performance. The final pillar comprises adherence to the rules, training and ongoing assessment.

### PATIENT BEDSIDE AUDITS AT CHU BRUGMANN

One of the tools CHU Brugmann (Brugmann University Hospital) uses to assess and improve patient safety is the patient bedside audit. Audits are based on a checklist of 18 items drawn up by a working group comprising head nurses and members of the Quality team. They are conducted four times a year on four patients in each department. The departments involved are Medicine, Surgery, Rehabilitation Medicine and Geriatrics. The auditors supply initial feedback to the head of department. Once the checklists have been processed, the detailed results are sent to the managers of the Nursing and Paramedical Department and the results incorporated into the departmental dashboards.

### MEDICAL DEVICES IN THE OPERATING ROOM

On 20 January 2018, following a consultation with his patient, a certain Dr Blue decided to schedule an operation for 30 January. He contacted the pharmacy and the head OR nurse to check the availability of the appropriate sterile equipment. The pharmacist booked the equipment with the relevant manufacturers. On 30 January, the patient was brought into the OR. Dr Blue started the operation but in the middle of the procedure discovered that some of the required equipment was missing. A review of this adverse event highlighted two strands of analysis: the importance of organising work and relations between the OR'S various stakeholders; and the importance of implementing the World Health Organisation (WHO) checklist.

### QUALITY INDICATORS FOR LUNG-CANCER TREATMENT IN BELGIUM

In 2013, as part of an integrated oncological quality system, the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) published evidence-based guidelines for diagnosing, treating and monitoring lung cancer. Subsequently, a set of process and outcome indicators was developed to assess the quality of care provided to patients with this strain of cancer. A team of Belgian researchers conducted a study to assess the measurability of this set of indicators and evaluate the quality of care provided both nationally and within individual hospitals. The authors concluded that it was indeed possible to assess the quality of care provided to lung-cancer patients in Belgium and that this was satisfactory across the country. However, while the existing databases have potential, the study highlighted certain areas for improvement.

### EMERGENCY DEPARTMENTS: CROSS-CHECKS AS A WAY OF REDUCING THE RISK OF MEDICAL ERRORS

As emergency departments (EDs) are complex environments, they involve a higher risk of medical errors. A number of studies have shown that this risk could be reduced if ED doctors simply communicated with each other more. Paris university-hospital network Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) conducted a study in the EDs of six French hospitals to confirm the impact of ED doctors performing cross-checks with each other. The study found that introducing systematic cross-checks between these doctors leads to a relative risk reduction of 40%, which means one fewer incident for every 24 patients. More specifically, minor errors are reduced by 47% and serious adverse events by 29%.

## AUDITS AU CHEVET DU PATIENT AU CHU-BRUGMANN

### Une démarche constructive, bienveillante et participative

Avec la collaboration de toute l'équipe,

**AVEC le PATIENT et pour sa SÉCURITÉ**

Depuis plusieurs années la direction du département infirmier et paramédical (DDIP) de notre institution accorde une grande importance à la sécurité des patients et à la qualité des soins. Ceci dans un esprit constructif de remise en question et d'amélioration de ses pratiques, de partenariat avec le patient, de collaboration dans l'équipe multidisciplinaire et entre services.



C H U | U V C  
B R U G M A N N

Les audits au chevet des patients sont un des moyens choisis par notre directrice du département infirmier et paramédical (DIP), Madame Keppens.

#### LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BRUGMANN

Le CHU Brugmann est un hôpital public général de 853 lits composé de trois sites. Il est membre du réseau IRIS et du CHU de Bruxelles.

[www.chu-brugmann.be](http://www.chu-brugmann.be)

L'objectif recherché était, non seulement de mesurer et d'améliorer la sécurité du patient et la qualité des soins, mais aussi de rassembler, d'uniformiser les audits existants et de les professionnaliser (évidence scientifique).

Mesurer la sécurité/qualité des soins au chevet des patients

Améliorer la culture de la sécurité au chevet du patient  
**TOUS ENSEMBLE !**

Favoriser la participation des patients à leur sécurité empowerment

Favoriser échanges et bonnes pratiques entre US et actions d'amélioration

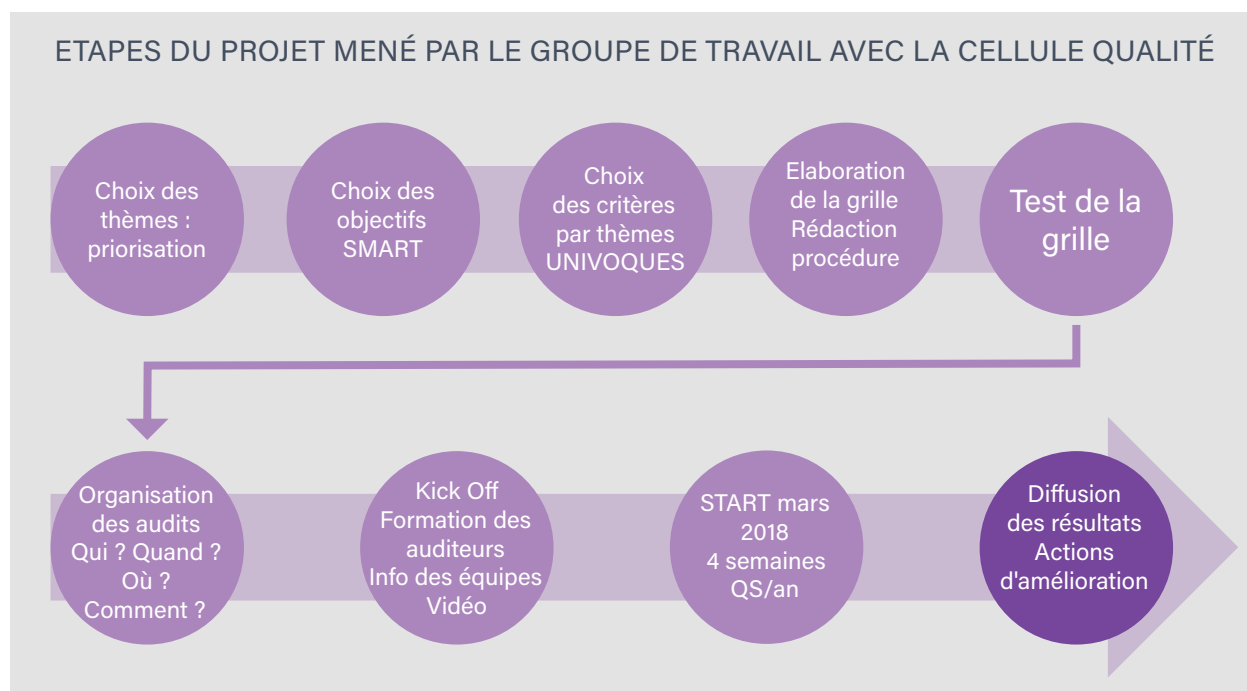
Découvrez la vidéo du projet du CHU Brugmann



Le projet a été confié à la cellule qualité pour son expertise méthodologique.

Au cours d'une rencontre trimestrielle réunissant tous les cadres infirmiers et paramédicaux de l'institution, la cellule qualité a organisé et animé un atelier de deux heures sur le sujet. L'objectif étant de





récolter de manière participative leur vision des audits, leur intérêt pour cette approche, les thèmes importants, prioritaires et souhaités, leurs attentes, leurs suggestions et leurs craintes. Un groupe de travail constitué d'infirmiers chefs de diverses disciplines sur base volontaire et de la cellule qualité, pour la partie méthodologique, a rédigé **une grille de critères sécurité clairs et univoques** ainsi qu'une **procédure explicative**. Cette grille a été testée dans plusieurs services, validée avant sa mise en route sur le terrain.

La grille comporte 18 items maximum en fonction de la situation. Elle est composée de deux parties :

- Une partie observation du patient dans son environnement de soins et de son dossier
- Une partie questions au patient concernant par exemple sa douleur et les informations reçues

## CONCRÈTEMENT

Les audits sont réalisés :

- Dans les unités de soins (US) de médecine, chirurgie, réadaptation, gériatrie soit 22 US
- Quatre fois par an
- Par un binôme d'auditeurs selon le principe du peer review
- Après de quatre patients/US, tirés au sort

Un premier feed back est effectué par les auditeurs au chef de l'US auditée. L'infirmier chef fait ensuite le feed back à son équipe.

Suite à l'encodage des grilles d'audit, les résultats détaillés seront envoyés aux divers responsables du DIP par secteur et à la directrice. Les résultats feront partie des tableaux de bord des US et des services.

## DISPOSITIFS MÉDICAUX AU BLOC OPÉRATOIRE

### L'HISTOIRE

Le 20 janvier, après une consultation avec son patient, le Dr Blue décide de programmer une intervention chirurgicale pour celui-ci. Elle se déroulera le 30 janvier. Le Dr Blue contacte la pharmacie et l'infirmière chef du bloc opératoire afin de vérifier la disponibilité du matériel stérile nécessaire.

La pharmacienne enregistre le matériel nécessaire et procède à la réservation de celui-ci auprès des fabricants concernés. Quelques jours plus tard, le matériel est expédié et livré au bloc opératoire (BO). L'adjoint au BO

signe la confirmation de réception du matériel.

Le 30 janvier, le patient est accueilli au bloc opératoire pour la réalisation de l'intervention. Le Dr Blue initie l'opération mais, au milieu de la procédure, constate qu'il manque une partie du matériel demandé. Ne pouvant pas interrompre l'intervention, le chirurgien utilise un matériel différent que celui prévu et qui comporte un risque accru pour le patient.

À la fin de l'intervention, le chirurgien

contacte l'infirmière chef du BO ainsi que la pharmacienne et signale l'absence du matériel demandé pour l'intervention. Celui-ci demande également s'il existe une démarche standardisée à suivre pour disposer du matériel requis à temps. Étonnée, l'infirmière chef du BO se dirige à la pharmacie, car, selon elle, le matériel avait bien été réceptionné et stocké. En examinant le matériel stocké, elle constate que le matériel commandé était bien présent dans la pharmacie du BO. Le matériel n'avait pas été acheminé de la pharmacie au BO.

### L'ANALYSE

À la suite de la lecture de cet évènement indésirable, deux points d'analyse peuvent être mis en avant :

#### Organisation du bloc opératoire

L'organisation des interventions chirurgicales est un processus complexe, qui nécessite la mobilisation d'une multiplicité d'acteurs. De ce fait, la structuration des relations du bloc avec les services médico-techniques (pharmacie, laboratoire, stérilisation etc.) s'avère essentielle, afin d'éviter, par exemple, un manque de matériel chirurgical avant toute intervention. L'organisation de ces relations passe par la définition des rôles et des responsabilités de chaque métier (exemple : charte opératoire) et par la formalisation de procédures internes qui définissent les modalités d'échanges spécifiques entre les services médico-techniques et le bloc opératoire. Il est important de concevoir une structure permettant d'informer régulièrement sur le fonctionnement du bloc, les décisions prises et les nouveautés à prévoir ainsi que d'échanger les procédures en cours ou à mettre en place à l'ensemble des professionnels du bloc. Dans le cas présent, le chirurgien concerné ne connaissait pas la procédure standardisée de réservation et de commande de matériel. L'infirmière du BO ne maîtrisait pas non plus la procédure d'acheminement du matériel.

Pour en savoir plus :

Benoit B, Faoro B, Mouneaux F, Rhodes A-S. Gestion des prêts de dispositifs médicaux. Revue de l'ADPHSO. 2004;29(3):15-7.

Cardoen B, Demeulemeester E, Belien J. Operating room planning and scheduling: A literature review. Eur J Oper Res. 2010;201:921-32. doi: 10.1016/j.ejor.2009.04.011

Organisation Mondiale de la Santé. Manuel d'application de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale. 2010.

Pronovost PJ et al. Safe Surgery Guide, Joint Commission International. 2010

#### Préparation du matériel et check-list de l'OMS

Avant tout acte chirurgical, il est nécessaire de vérifier tant la stérilité que la disponibilité et le fonctionnement du matériel nécessaire, permettant de préparer ainsi la table d'opération. Un des items de la check-list de l'OMS (avant induction de l'anesthésie) permet de confirmer que le matériel d'assistance, les médicaments et les dispositifs nécessaires sont disponibles et fonctionnels avant de débiter l'intervention chirurgicale. À travers cet item, l'infirmier(ère) instrumentiste ou le technicien qui est responsable de la mise en place du plateau technique doit confirmer oralement que ceux-ci sont présents et en bon fonctionnement. Dans l'histoire ci-dessus, l'utilisation adéquate de la check-list aurait permis de constater la non disponibilité du matériel requis avant de débiter l'intervention.

## INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU POUMON EN BELGIQUE

En 2013, dans le cadre d'un système de qualité intégré en oncologie, le KCE a publié des guidelines fondées sur des données probantes pour le diagnostic, le traitement et le suivi du cancer du poumon. À la suite de cela, un set d'indicateurs de processus et de résultats a été développé afin d'évaluer la qualité des soins fournis aux patients atteints de ce cancer.

Le premier objectif de cette étude était d'évaluer le caractère mesurable de ce set d'indicateurs à partir du couplage de bases de données existantes (Registre du Cancer, les données de l'Agence Intermutualiste et de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale). Le second objectif était d'avoir une évaluation de la qualité des soins prestés pour le cancer du poumon, tant au niveau national que des institutions de soins. Chaque hôpital

impliqué dans les soins du cancer du poumon a reçu un rapport avec ses résultats dans le but d'adapter ses pratiques si cela s'avérait nécessaire.

Les auteurs concluent qu'à travers le couplage de données existantes, il est possible d'évaluer la qualité des soins dispensés aux patients atteints de cancer du poumon en Belgique. La qualité des soins a été évaluée à partir de vingt indicateurs pour 12.839 patients diagnostiqués en Belgique entre 2010 et 2011. Les indicateurs montrent que la qualité des soins dispensés aux patients atteints de cancer du poumon en Belgique est satisfaisante et ce malgré des améliorations à apporter dans certains domaines. Pour certains des indicateurs, une grande variabilité entre institutions a été constatée ce qui montre l'importance d'améliorer certaines pratiques.

Malgré le potentiel des bases de données existantes, l'étude souligne certaines limites. Premièrement, certaines informations cliniques ne sont pas systématiquement collectées ne permettant pas de développer davantage d'indicateurs tenant compte de la co-morbidité des patients. Une seconde limite est que les bases de données existantes ne disposent pas d'informations sur la qualité de vie ou l'expérience des patients (PROMs et PREMs). Ces données pourraient être collectées de manière prospective pour améliorer l'évaluation de la qualité des soins. Enfin, il est conseillé de réduire au maximum le délai de publication de ce type d'indicateurs pour transmettre un feedback régulier et pertinent aux dispensateurs de soins.

**Pour en savoir plus :** Vrijens F, Gendt CD, Verleye L, et al. Quality of care and variability in lung cancer management across Belgian hospitals: a population-based study using routinely available data. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2018 ;30(4):306-312

## URGENCES : RÉDUIRE LE RISQUE D'ERREURS MÉDICALES À TRAVERS DES VÉRIFICATIONS CROISÉES

Dans les services d'urgence, le risque d'erreurs médicales est plus élevé. Cela s'explique par la multiplicité de cas à gérer en même temps, parfois par un seul médecin, et par la nécessité de prendre des décisions rapidement à partir d'informations et de résultats souvent incomplets. Une étude, réalisée en 2013, a estimé ce taux d'erreurs à 10%. Des études ont montré que de simples échanges et vérifications entre médecins urgentistes pourraient diminuer ce risque.

Afin de confirmer l'impact des vérifications croisées entre médecins urgentistes, l'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) a mené une étude intitulée CHARMED (cross-checking to reduce adverse events resulting from medical errors in the emergency department) dans les services d'urgences de six

hôpitaux français.

Les services ont utilisé la méthode *contrôle* (un seul médecin prend les décisions pour le patient) et la méthode *intervention* (vérifications croisées systématiques) de façon alternée. Les vérifications croisées ont consisté pour les médecins à se retrouver trois fois par jour, deux par deux, afin d'échanger sur l'état de santé et la prise en charge de leurs patients. Ceux-ci n'ont pas reçu de formation préalable, cependant la manière de présenter les cas a été standardisée grâce à une liste de vérification (check-list). Au total, les prises en charge de 1.680 patients, avec ou sans vérifications croisées, ont été comparées.

Selon les résultats de l'étude, pour la méthode *contrôle*, le taux d'erreurs médicales a été de 10.7%, contre un

taux d'erreurs de 6.4% pour la méthode *intervention*. Ceci se traduit par une réduction du risque relatif de 40%, soit un évènement évité pour 24 patients. Plus précisément, la réduction des erreurs sans gravité est de 47% et celles des évènements indésirables graves de 29%. Les analyses croisées de prise en charge ont duré en moyenne neuf minutes par patient.

Les auteurs concluent que la mise en place des vérifications croisées à travers une check-list a permis de diminuer le taux d'erreurs médicales aux urgences de 40%, montrant donc un impact positif sur la qualité des soins. Cependant, l'étude comporte quelques limites qu'il faut prendre en compte, et les auteurs soulignent également l'importance d'élargir l'étude afin de confirmer l'impact et l'ampleur de cette intervention.

**Pour en savoir plus :** Freund Y, Goulet H, Leblanc J, et al. Effect of Systematic Physician Cross-checking on Reducing Adverse Events in the Emergency Department : The CHARMED Cluster Randomized Trial. *JAMA Intern Med*. 2018.

## ACTUALITÉS

### Rapport annuel 2017

Le rapport annuel de la PAQS est disponible !

Découvrez les projets qui ont rythmé l'année 2017 sur la version digitale : [www.paqs.be/rapportannuel2017](http://www.paqs.be/rapportannuel2017).

## PROCHAINS RENDEZ-VOUS

Pense-bête pour votre calendrier qualité et sécurité !

**21 juin 2018**

### 5 ans pour sauver des vies

Organisée par la PAQS - Cette activité est réservée aux institutions engagées dans le projet *5 ans pour sauver des vies*

**21 juin 2018**

### Activité MR/MRS

Organisée par la PAQS - Cette activité est réservée aux institutions MR/MRS engagées dans le projet

**28 juin 2018**

### Projet-pilote Co-construction avec les patients et leur famille

Organisée par la PAQS - Cette activité est réservée aux institutions engagées dans le projet-pilote

**13 septembre 2018**

### Projet-pilote Co-construction avec les patients et leur famille

Organisée par la PAQS - Cette activité est réservée aux institutions engagées dans le projet-pilote

**20 septembre 2018**

### 5 ans pour sauver des vies

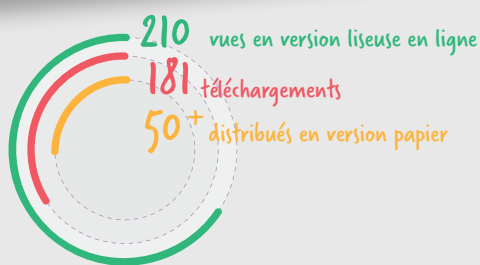
Organisée par la PAQS - Cette activité est réservée aux institutions engagées dans le projet *5 ans pour sauver des vies*



all teach,  
all learn

Magazine #4 de la PAQS  
décembre 2017

IMPACT



Vous avez une bonne pratique que vous souhaitez partager avec vos pairs dans un prochain numéro du magazine ? Vous avez une actualité ?

Contactez Audrey Mattelet !  
[audrey.mattelet@paqs.be](mailto:audrey.mattelet@paqs.be)

Donnez votre avis sur le Magazine de la PAQS !  
#allteachalllearn



## Vous avez une question concernant la sécurité des patients ou le Livre Mauve ?

### Contactez-nous à l'adresse [contact@paqs.be](mailto:contact@paqs.be)

PAQS ASBL

Clos Chapelle-aux-Champs, 30 (6th floor) box 1.30.30  
1200 Brussels  
Belgium  
T : +32.2.880.62.77

Together for HEALTHCARE  
improvement



[www.paqs.be](http://www.paqs.be)  
[contact@paqs.be](mailto:contact@paqs.be)

RPM Bruxelles 0555.785.551  
IBAN BE76 3631 3755 1595  
BIC BBRUBEBB