



DÉFINITION D'UN SET D'INDICATEURS DE QUALITÉ COMMUN AUX HÔPITAUX BRUXELLOIS ET WALLONS

Coordinateur : Quentin Schoonvaere,
Data & Improvement Officer à la PAQS ASBL

Février 2018
Version mise à jour le 13 février 2020

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Caractéristiques et utilisations d'un indicateur de qualité des soins	4
Méthodologie de travail pour construire un set commun d'indicateurs qualité	5
Définitions des indicateurs de qualité	11
Pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué	11
Prévalence des escarres acquises dans l'institution	15
Taux de césarienne	20
Incidence des septicémies associées aux cathéters veineux centraux et associées à l'hôpital	24
Incidences des infections MRSA acquises à l'hôpital	31
Observance de l'hygiène des mains	37
Compliance de l'antibioprophylaxie en chirurgie	42
Fractures de la hanche opérées dans les délais	48
Incidence des escarres acquises dans l'institution	55
Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire	61
Réadmissions non planifiées	67
Définitions des indicateurs de qualité en santé mentale	74
Evaluation à l'admission du risque de comportement agressif	74
Incidence des mesures d'isolement	79
Incidence des mesures de contention	83
Surveillance des isolements et contentions	87
Conclusions	92

Introduction

En décembre 2014, le conseil d'administration de la PAQS s'est prononcé en faveur du développement d'un projet relatif aux indicateurs. La demande portait en particulier sur la constitution d'un set commun d'indicateurs destiné à comparer les pratiques, à susciter le débat et pouvant soutenir des démarches d'amélioration continue.

Les travaux ont débuté au cours du premier semestre 2015 avec la définition d'un cadre de travail et la désignation, par le conseil d'administration, d'un groupe d'experts. Au cours du deuxième semestre 2015, ce groupe a défini les thématiques prioritaires qui devront être intégrées au set commun. Désigné sur base d'un appel à candidature, le groupe se compose des experts suivants :

1. Abidli, Yamina – Coordinatrice Qualité – Epsilon
2. Aouachria, Samy – Médecin Chef adjoint – CHC
3. Cobut, Michel – Médecin Conseiller - ANMC
4. Crommelynck, Anja – Responsable de projets et d'analyses – CUSL
5. Dusart, Michèle – Médecin Chef – CHU St-Pierre
6. Duvivier, Valérie – Directrice f.f. de la Cellule de Contrôle de Gestion – CHU de Charleroi
7. Eeman, Anne-Marie – Coordinatrice Qualité – CHwapi
8. Fabri, Valérie – Médecin Conseiller – UNMS
9. Hanique, Geneviève – Responsable DM-RHM – Clinique Notre-Dame de Gosselies
10. Happe, Christophe – Directeur Général – CH Jean Titeca
11. Jacques, Jessica – Responsable Exploitation des données (Simé) – CHU de Liège
12. Nickmilder, Marc – Coordinateur Qualité – RSL

Lors de la « journée Indicateurs » organisée par la PAQS le 12 octobre 2015, les ministres bruxellois et wallon de la santé ont mandaté la PAQS pour identifier un set d'indicateurs communs aux hôpitaux. Ce set devra permettre aux autorités d'avoir une vision plus précise de la qualité des soins dans le secteur des soins de santé. La demande des autorités régionales mentionnait également la nécessité d'identifier des indicateurs spécifiques à la psychiatrie. Ce travail est réalisé au sein d'un groupe ad hoc constitué par des représentants d'institutions psychiatriques qui ont volontairement répondu à l'appel lancé par la PAQS.

Le processus d'identification et de définition des indicateurs a débuté en janvier 2016. Le suivi de ce travail a été assuré par la PAQS qui a pris en charge l'organisation des rencontres et l'animation des discussions. Le groupe d'experts s'est réuni à 7 reprises entre janvier 2016 et mai 2017 pour faire émerger les définitions d'un set d'indicateurs communs aux hôpitaux bruxellois et wallons.

Début 2017, un appel à candidature pour tester le set commun d'indicateurs a été lancé aux hôpitaux bruxellois et wallons. La PAQS a organisé quatre phases de test des indicateurs avec des représentants de 22 institutions hospitalières volontaires et des experts d'organisations impliquées dans la production des indicateurs. Ces échanges ont débouché sur la production de recommandations d'utilisation et d'interprétation pour l'analyse des résultats. Il s'agit d'une « grille de lecture » pour comprendre d'éventuelles différences inhérentes aux spécificités institutionnelles.

Ce rapport présente les réflexions et recommandations du secteur des soins de santé bruxellois et wallon sur la construction d'un set commun d'indicateurs de qualité. Il se structure autour de quatre sections :

- (1) La première revient sur les principales caractéristiques d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins ainsi que sur les différentes perspectives d'utilisation de ces mesures.
- (2) La seconde section est une synthèse des échanges qui ont eu lieu lors des différentes réunions. On y retrouve la méthodologie de travail qui a conduit à l'identification des indicateurs et opérateurs, à la définition et aux recommandations d'utilisation et d'interprétation. Par analogie, on y développe le processus de travail des indicateurs spécifiques à la santé mentale.
- (3) La troisième section de ce rapport présente les définitions des indicateurs qualité qui composent le premier set commun aux institutions bruxelloises et wallonnes. Ces définitions sont exposées au sein de fiches standardisées reprenant les éléments pertinents pour la construction et la compréhension des indicateurs.
- (4) En conclusion, ce rapport fait état des perspectives tant au niveau du rôle des acteurs impliqués dans la définition que de la poursuite du développement du set commun.

Caractéristiques et utilisations d'un indicateur de qualité des soins

La Haute Autorité de la Santé (HAS) définit l'indicateur de qualité et de sécurité des soins comme « un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un événement, qui permet d'évaluer de manière **valide** et **fiable** la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace. »¹

Le lien entre l'indicateur et la qualité des soins doit reposer sur une revue de la littérature ou un consensus d'experts. Il devient alors un outil d'aide à la décision qui s'utilise dans une démarche qui répond à un objectif fixé dans un contexte donné ⁽¹⁾. La littérature distingue deux grandes perspectives d'utilisation des indicateurs qualité :

1. **Une utilisation interne** des indicateurs avec pour objectif de suivre dans le temps un projet d'amélioration de la qualité des soins. Les projets d'amélioration institutionnels ne cherchent pas à construire des indicateurs strictement comparables puisque la connaissance acquise concerne uniquement le système observé. Pour améliorer la performance du système observé, il faut changer le design de ce dernier et utiliser les indicateurs qualité pour déterminer si les changements débouchent sur des améliorations.
2. **Une utilisation externe** des indicateurs qualité avec pour objectif de comparer des résultats entre institutions. Cela peut prendre la forme d'une *publication transparente* des résultats pour guider les choix des patients ou stimuler les professionnels de la santé à améliorer leurs pratiques. La seconde méthode est le *benchmarking* ou la comparaison de résultats pour favoriser les échanges entre professionnels de terrain concernant leurs pratiques. Cette utilisation externe nécessite de répondre à certains principes :

¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux. 2002. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1456631/fr/qu-est-ce-qu-un-indicateur-de-qualite-et-de-securite-des-soins

- L'indicateur doit posséder les qualités métrologiques suivantes
 - ✓ Il doit être **fiable** et produire des résultats constants lorsque la mesure est appliquée de façon répétitive sur un phénomène. Les sources d'erreurs qui affectent la fiabilité peuvent provenir de la méthode de collecte, de l'observateur, de la période de recueil, etc.
 - ✓ Il doit être **valide** et mesurer réellement ce qu'il est censé mesurer. Pour des indicateurs qualité cela signifie qu'il faut donc réduire l'influence des facteurs qui ne sont pas liés à la qualité des soins.

Des méthodologies existent pour s'assurer de la qualité métrologique des indicateurs.

L'ajustement est une méthode statistique qui vise à réduire les différences de résultats causés par d'autres facteurs que la qualité des soins. L'utilisation de modèles statistiques multivariés permet de contrôler les variables qui influencent l'indicateur et qui ne sont pas liées à la qualité des soins. Il s'agit notamment des caractéristiques de la population observée ou encore des caractéristiques des structures de soins.

La stratification divise la population en groupes homogènes. Cela permet d'analyser des résultats en sous-groupes de patients ou en structures de soins relativement similaires (par exemple une unité spécifique, des institutions de tailles similaires ou encore un profil de patient spécifique).

- Les acteurs de terrain et experts ont évoqué l'importance d'un feedback rapide pour donner du sens aux résultats analysés. En effet, il est important pour les professionnels de pouvoir échanger autour de pratiques et processus de soins récents qui vont les remettre en question.

Ces considérations sur les indicateurs sont importantes car elles seront à la base des recommandations d'utilisation et d'interprétation faites par les acteurs de terrain. Les indicateurs ont-ils les propriétés métrologiques nécessaires pour être comparés ou publiés ? Au contraire, faut-il privilégier l'utilisation interne des indicateurs afin de ne pas dénaturer l'objectif de son utilisation ?

Méthodologie de travail pour construire un set commun d'indicateurs qualité

Le cadre de travail initial prévoyait de limiter la charge de travail des hôpitaux en donnant priorité à des indicateurs calculés à partir de bases de données ou d'initiatives existantes. A côté de cette contrainte, il est indispensable que l'indicateur sélectionné soit sensible à la mise en place de démarches d'amélioration de la qualité. Le groupe d'experts a privilégié des mesures de processus ou de résultats dont un lien avec la qualité des soins est avéré dans la littérature ou par les experts. Enfin, il a été décidé de privilégier un petit nombre d'indicateurs utiles et utilisables plutôt qu'un set démesuré difficile à mettre en œuvre.

Lors des premières réunions, le groupe d'experts a identifié les opérateurs qui structurent la collecte de données et calculent des indicateurs de qualité en lien avec les thématiques identifiées. Les experts ont ainsi mentionné : les institutions hospitalières, le CFQAI, la BAPCOC, le CEpiP, l'ISP et l'AIM. Des contacts ont été pris avec ces différentes organisations afin de présenter l'initiative et d'initier une collaboration. Le tableau 1 reprend les différents indicateurs sélectionnés et les opérateurs identifiés.

Tableau 1. Indicateurs repris dans le set commun et opérateurs

Indicateurs	Opérateurs des données	Rôle de l'opérateur dans le processus de traitement des données
<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence des escarres acquises dans l'institution • Evaluation de l'état nutritionnel 	Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI)	Le CFQAI encadre et accompagne l'évaluation interne et externe de la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux. La CFQAI a été mandaté pour définir et de développer un ensemble d'indicateurs qui permettent d'évaluer l'activité infirmière. Les institutions hospitalières utilisent donc la base méthodologique développée par le CFQAI pour collecter des indicateurs sur la thématique des escarres et de l'état nutritionnel
<ul style="list-style-type: none"> • Taux de césarienne 	Centre d'Épidémiologie Périnatal (CEpiP)	Le CEpiP a pour objectif de constituer un registre permanent et exhaustif de données périnatales (naissances et décès périnataux) à Bruxelles et en Wallonie. Le programme Périnatalité de l'ASBL CEpiP se consacre au développement de l'épidémiologie périnatale au bénéfice des acteurs de terrain (en priorité les maternités), des décideurs politiques et du monde scientifique.
<ul style="list-style-type: none"> • Observance de l'hygiène des mains • Incidence des septicémies associées au cathéter veineux central • Incidences des infections MRSA acquises dans l'institution 	Institut Scientifique de Santé Publique (ISP)	L'Institut Scientifique de Santé Publique soutient la politique de santé belge via des recherches, des analyses, des activités de surveillance ou encore l'avis d'experts. Au sein de l'ISP, le service des « Infections liées aux soins & antibiorésistance » (NSIH) développe des méthodologies de collecte de données et centralise les informations récoltées par les hôpitaux. Ce service assure également une analyse des données globales et fournit un feedback individuel aux institutions.
<ul style="list-style-type: none"> • Compliance de l'antibioprophylaxie en chirurgie 	Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC)	La BAPCOC est une instance fédérale composée de 5 groupes de travail distincts dont un en médecine hospitalière. Dans ce dernier, on retrouve les universités, des représentants des provinces, de l'ISP et depuis peu de l'INAMI. Ce groupe soutient les Groupes de Gestion de l'Antibiothérapie (GGA) qui sont des structures internes aux institutions disposant de moyens d'actions. Le plan stratégique de la BAPCOC précise que ces groupes sont chargés de

		mener des audits thématiques parmi lesquels on retrouve la compliance de l'antibioprophylaxie en chirurgie.
<ul style="list-style-type: none"> • Fractures de hanche opérées dans les délais • Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire en chirurgie • Incidence des escarres acquises dans l'institution 	Les institutions hospitalières	En Belgique, des données médico-administratives sont enregistrées par l'ensemble des hôpitaux. Le Résumé Hospitalier Minimum (RHM) regorge d'informations très riches pour produire des indicateurs qui, bien choisis, peuvent soutenir la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Toutefois, cette source a ses limites qu'il faut pouvoir identifier. Ainsi, les pratiques de codage de l'information sont souvent évoquées comme un des principaux défauts à maîtriser pour produire des indicateurs comparables entre hôpitaux.
Réadmissions non planifiées	Agence InterMutualiste (AIM)	L'Agence Intermutualiste rassemble les données collectées par les 7 mutualités actives en Belgique. L'objectif de l'AIM est de mener des études spécifiques en relation avec les soins de santé en Belgique. L'AIM rassemble des informations sur le profil sociodémographique et la facturation des affiliés des mutualités. Des informations précises (date, lieu, coût, etc.) sur les prestations remboursées de tous les membres peuvent être exploitées pour produire des indicateurs de qualité. Une des limites de la base de données de l'AIM est qu'elle ne dispose pas d'informations concernant les diagnostics (données médicales) de ses membres.

Un groupe ad hoc d'experts issus du secteur de la santé mentale s'est constitué suite à une invitation lancée par la PAQS d'élargir le groupe déjà formé au sein de UNESSA autour d'indicateurs qualité spécifiques à la psychiatrie. Pour ces indicateurs, aucune thématique n'avait été préalablement identifiée. L'objectif de la première réunion a été d'identifier ces thématiques prioritaires pour le secteur de la santé mentale. En procédant par associations d'idées, cinq thèmes ont émergés : la qualification du personnel, l'agressivité, la privation de liberté, le parcours du patient (admission/sortie/transfert) et la médication. À partir de ces thématiques, le groupe a identifié des indicateurs spécifiques aux institutions psychiatriques ou pertinents pour le secteur. Les contraintes étaient identiques que pour les autres indicateurs à savoir : (1) des initiatives de collecte ou des données existantes et (2) mesurer un processus ou un résultat de soins sensible à des démarches d'amélioration de la qualité. Le tableau 2 reprend les différents indicateurs retenus pour la psychiatrie et les opérateurs identifiés.

Tableau 2. Indicateurs spécifiques à la psychiatrie repris dans le set commun et opérateur

Indicateur(s)	Opérateur des données	Rôle de l'opérateur dans le processus de traitement des données
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation à l'admission du risque de comportement agressif • Incidence des mesures d'isolement • Incidence des mesures de contention • Surveillance des isolements et contentions 	Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI)	Le CFQAI encadre et accompagne l'évaluation interne et externe de la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux. Le CFQAI a été mandaté pour définir et développer un ensemble d'indicateurs qui permettent d'évaluer l'activité infirmière. Les institutions hospitalières utilisent donc la base méthodologique développée par le CFQAI pour collecter des indicateurs sur la thématique de l'agressivité et de l'isolement/contention.

Fin 2016, la PAQS a invité les hôpitaux intéressés à postuler dans le but d'intégrer des groupes d'échanges autour des résultats de ces indicateurs. L'objectif était de réunir des acteurs institutionnels et des experts issus des organisations intervenant dans le processus de collecte ou de définition des mesures (CEpiP, CFQAI, ISP, BAPCOC, Plateforme Fédérale en Hygiène hospitalière). 22 institutions hospitalières ont répondu positivement à l'appel lancé par la PAQS pour venir avec leurs propres données et les partager en toute transparence lors de 4 réunions qui ont eu lieu en 2017. Le tableau 3 reprend les indicateurs qui ont été discutés dans les différents sous-groupes.

L'objectif des 4 sessions était de mettre en perspective les résultats des institutions volontaires afin d'établir une « grille de lecture » pour comprendre d'éventuelles différences inhérentes aux spécificités institutionnelles. Ce travail a permis de rédiger les recommandations d'utilisation et d'interprétation pour que l'analyse des indicateurs tienne compte des limites existantes et des spécificités institutionnelles.

Tableau 3. Sessions d'échanges

Date de l'échange	Indicateurs	Institutions et organisations représentées
2 juin 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation de l'état nutritionnel • Prévalence des escarres • Taux de césarienne 	<ul style="list-style-type: none"> • C.H.R. LIÈGE • CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE • GRAND HOPITAL DE CHARLEROI • CLINIQUE STE-ELISABETH • CLINIQUE ANDRE RENARD • HOPITAUX IRIS SUD • C.H.U. SAINT PIERRE • C.H.R. VAL DE SAMBRE • C.H.R. DE NAMUR • C.H. DE JOLIMONT – LOBBES • I.S.P.P.C. C.H.U. DE CHARLEROI • CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN • C.H.U. BRUGMANN • CÉpiP • SPF Santé Publique (CFQAI)
5 septembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Observance de l'hygiène des mains • Infections MRSA acquises au sein de l'institution • Septicémies associées aux cathéters veineux centraux • Antibioprophylaxie en chirurgie 	<ul style="list-style-type: none"> • ISOSL VALDOR-PERÎ • C.H.R. LIÈGE • CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE • GRAND HOPITAL DE CHARLEROI • CUB-HOPITAL ERASME • H.U.D.E.R.F. • C.H.U. SAINT PIERRE • C.H.R. VAL DE SAMBRE • C.H.R. DE NAMUR • C.H. DE JOLIMONT – LOBBES • I.S.P.P.C. C.H.U. DE CHARLEROI • WIV-ISP • Plateforme fédérale Hygiène hospitalière
4 octobre 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du risque de comportements agressifs • Surveillance des isolements et contentions • Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels • Incidence des mesures de contention dans les services résidentiels 	<ul style="list-style-type: none"> • LES FEUX FOLLETS • CENTRE NEURO PSYCHIATRIQUE ST. MARTIN • C.R.P. LES MARRONNIERS • INSTITUT PSYCHIATRIQUE DU BEAU VALLON • CH JEAN TITECA
5 décembre 2017	<ul style="list-style-type: none"> • Incidence des escarres • Fractures de la hanche opérées dans les délais • Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire 	<ul style="list-style-type: none"> • C.H.R. LIÈGE • CLINIQUE NOTRE DAME DE GRACE • GRAND HOPITAL DE CHARLEROI • CLINIQUE ANDRE RENARD • HOPITAUX IRIS SUD • C.H. DE JOLIMONT – LOBBES • C.H.U. SAINT PIERRE • C.H.U. DE LIÈGE

- Réadmissions non planifiées

- CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN
- GRAND HOPITAL DE CHARLEROI
- C.H.R. ST JOSEPH WARQUIGNIES C.H.R. DE LA CITADELLE
- C.H.R. SAMBRE ET MEUSE
- CLINIQUE ST. LUC

Définitions des indicateurs de qualité



Pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

Pourcentage de patients hospitalisés chez qui un dépistage du risque de dénutrition ou d'un état de dénutrition a été évalué et dont la transcription figure dans le dossier du patient. L'évaluation est réalisée sur base d'une échelle validée (MUST, NRS 2002, MNA) et complétée par un monitoring nutritionnel anthropométrique réalisé par un infirmier, une diététicienne ou un membre de l'équipe nutritionnel.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Une étude menée dans 34 hôpitaux belges a mis en évidence une prévalence de dénutrition ou du risque d'être dénutri de 68,6%⁽¹⁾. Pour les patients dont un risque ou un état de dénutrition a été dépisté, un appui nutritionnel adapté est très vite bénéfique pour leur métabolisme et permet d'améliorer leur capacité à faire face à la mauvaise santé et aux complications. Un bon soutien nutritionnel permet au traitement d'être plus efficace améliorant ainsi l'état physique, psychologique et social des patients à risque de dénutrition ou dénutris. Cela implique une diminution de la durée de séjour à l'hôpital réduisant les coûts additionnels importants pour le patient et la société.

Pour une bonne prise en charge, il est important de pouvoir préalablement identifier les risques des dénutritions ainsi que les troubles nutritionnels déjà présents. Idéalement, un dépistage de la dénutrition doit être réalisé à l'admission de tous les patients dans une institution de soins. Ce dépistage est fait à l'aide d'un outil validé (MUST, NRS, MNA) et conduit à une anamnèse (évaluation) nutritionnelle des patients qui est ensuite rapporté dans leur dossier. Cependant, ce processus d'évaluation n'est pas toujours réalisé de manière systématique lors de la prise en charge des patients.

Réaliser une mesure de cette étape permet d'évaluer les efforts des institutions dans leurs processus de prévention qui débouche ensuite sur une prise en charge adéquate des patients présentant un risque ou déjà considérés comme dénutris, leur offrant ainsi des soins de meilleure qualité.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Données collectées par les hôpitaux sur base d'une méthodologie développée par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI).

2. Type d'indicateur

Indicateur de processus.

3. Critères d'inclusion

La méthodologie du CFQAI préconise l'observation des patients suivants :

- Tous les patients hospitalisés dans les lits d'index I (Fonction ou service de soins intensifs), G (Service de gériatrie) et Sp (Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation) ;
- Tous les patients de plus de 75 ans dans les unités C (Service de diagnostic et de traitement chirurgical) et D (Service de diagnostic et de traitement médical).

4. Critères d'exclusion

Non applicable.

5. Numérateur

Nombre de patients chez qui le risque nutritionnel a été évalué (dépistage) et dont le résultat de l'évaluation est transcrit dans le dossier.

6. Dénominateur

Nombre de patients présents dans les secteurs concernés de l'institution les jours où se déroule l'observation de l'évaluation de l'état nutritionnel.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

L'observation de l'évaluation de l'état nutritionnel se fait 4 jours par année à trois mois d'intervalle. La méthodologie développée par le CFQAI permet d'avoir quatre mesures par an avec la possibilité d'agrèger les données pour produire une mesure annuelle.

2. Méthodologie de collecte

La collecte suit la procédure suivante :

- Déterminer 4 jours de l'année à trois mois d'intervalle ;
- Durant ces 4 jours, ouvrir les dossiers des patients hospitalisés dans le groupe cible (voir point 3 ci-dessus) ;
- Vérifier si le risque nutritionnel y est mentionné ;
- Comptabiliser le nombre de dossiers où une évaluation du risque nutritionnel apparaît.

Le CFQAI préconise que l'évaluation du risque nutritionnel soit réalisée à partir d'une échelle validée (MUST, NRS, MNA) et complétée d'un monitoring nutritionnel anthropométrique réalisé par un infirmier, une diététicienne ou un membre de l'équipe nutritionnelle. L'application d'une de ces deux méthodes est un minimum acceptable pour réaliser le dépistage de la dénutrition qui doit ensuite être mentionné dans le dossier du patient.

3. Groupe cible

- Tous les patients hospitalisés dans les lits d'index I (Fonction ou service de soins intensifs), G (Service de gériatrie) et Sp (Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation) ;
- Tous les patients de plus de 75 ans dans les unités C (Service de diagnostic et de traitement chirurgical) et D (Service de diagnostic et de traitement médical).

4. Sélection de l'échantillon

L'observation de la transcription du dépistage (évaluation du risque nutritionnel) dans les dossiers patients est faite pour tous les patients pendant un jour par trimestre dans les unités incluses dans l'observation (voir point 3 ci-dessus).

5. Enregistrement des données

Idéalement le dossier patient informatisé permet une extraction automatique de ce type d'information. Dans les cas où les dossiers informatisés sont absents les données sont collectées en adéquation avec la méthodologie de collecte et enregistrées manuellement dans un tableau adéquat.

Propriétés métrologiques

Le respect des propriétés métrologiques est indispensable pour une utilisation externe des résultats (benchmarking ou publication des résultats) :

- La diversification des pratiques de collecte va influencer la fiabilité des résultats de l'indicateur (voir les recommandations ci-dessous). Il est important de pouvoir standardiser et stabiliser les pratiques de collecte afin de réduire au maximum les variations liées à ces dernières.
- La littérature et le retour des experts ont mis en évidence l'importance de l'évaluation du risque nutritionnel dans la prise en charge des patients. Cette mesure évalue la mise en

œuvre d'une tâche dans un processus de soins (indicateur de processus). Ce type d'indicateur n'est donc pas impacté par les caractéristiques institutionnelles ou par le profil des patients observés.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Les échanges avec les acteurs de terrain et les experts ont mis en évidence une diversification des pratiques de collecte des données (malgré la définition des grandes lignes de la méthodologie de collecte par le CFQAI). Les facteurs avancés sont les suivants :

1. Certaines institutions procèdent à une extraction automatique des données via le Dossier Patient Informatisé (DPI) alors que d'autres vont auditer des dossiers papiers. La présentation, l'enregistrement (pratiques d'encodage) et la conservation des informations dans le DPI ou les dossiers papiers contribuent à la diversification des pratiques de collectes qui impactent la fiabilité de la mesure.
2. Le statut de l'observateur joue également un rôle important. Dans certaines institutions, le relevé est réalisé par un observateur externe à l'unité (bien souvent un membre de l'équipe nutritionnelle) bien informé des différentes procédures de l'audit. D'autres institutions vont davantage responsabiliser leurs équipes au processus de collecte en leur rappelant les échéances de collecte. L'approche utilisée peut influencer le contrôle et le respect du processus de collecte.
3. Un troisième facteur évoqué est celui de prévenir à l'avance, ou pas, de la tenue d'un audit de dossiers ou d'une collecte de données. Ce facteur a un impact non négligeable sur les résultats obtenus et les pratiques institutionnelles sont variables en la matière.
4. Enfin, les acteurs de terrain ont évoqué les différents outils et protocoles utilisés pour aboutir à un dépistage du risque de dénutrition ou de l'état de dénutrition. Certains vont suivre les recommandations de peser et mesurer le patient alors que d'autres vont demander au patient son poids et sa taille. On note également l'utilisation d'outils de dépistage différents entre institutions (MUST, NRS, MNA). Cela aura un impact sur la qualité du dépistage mais moins sur l'indicateur qui mesure in fine, la présence ou l'absence du processus de dépistage dans le dossier du patient.

Les différences identifiées dans les pratiques de collecte vont impacter la fiabilité de l'indicateur. Le panel des institutions bruxelloises et wallonnes recommande d'utiliser ces indicateurs pour soutenir leurs démarches internes d'amélioration continue de la qualité des soins. L'initiative du CFQAI a surtout contribué à sensibiliser les équipes de terrains à la prise en charge nutritionnelle des patients, de permettre l'organisation de feedbacks réguliers qui évaluent les pratiques et incitent à l'amélioration. Pour une utilisation externe de l'indicateur (publication ou benchmarking), il est recommandé de standardiser et stabiliser les pratiques de collecte afin de réduire au maximum les variations liées à ces dernières.

Bibliographie

1. Bocquaert I, Dardenne O, Lopez-hartmann M, Jacquemin P, Vaderwee K, Gobert M, et al. Accompagnement Equipes Nutritionnelles. Bruxelles: Service Public Fédéral, Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement; 2009.



Prévalence des escarres acquises dans l'institution

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

Prévalence instantanée des patients présentant une escarre de catégorie II ou supérieure acquise dans l'hôpital.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Les escarres acquises sont des complications sérieuses liées à l'hospitalisation. Il s'agit d'un problème majeur pour le secteur des soins de santé pour plusieurs raisons⁽¹⁾. Premièrement, les escarres contribuent à augmenter la morbidité et la mortalité des patients. Ensuite, les escarres sont responsables de l'allongement de la durée de séjour et leur traitement entraîne un coût additionnel important pour le patient et la société. Enfin, les escarres ont des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients car elles sont source de douleurs et d'inconfort et restreignent les activités quotidiennes de ces derniers.

Un nombre important d'escarres peuvent être évitées (ou leur gravité maîtrisée) grâce à des soins adéquats. Ainsi, l'apparition de ces complications sont liées à l'activité infirmière⁽²⁾, à l'utilisation de protocoles actualisés en matière de prévention des escarres⁽³⁾, à la diffusion de bonnes pratiques ou encore à une bonne information des patients et de leurs proches⁽³⁾.

Les escarres sont donc des événements évitables liés aux soins et dont la mesure régulière peut soutenir les institutions dans la gestion de cette complication⁽³⁾. Le Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière (CFQAI) propose une méthodologie pour que les hôpitaux belges puissent disposer d'une mesure de la prévalence des escarres. Ainsi en 2013, 77 hôpitaux belges ont utilisé cette méthode de collecte. Les résultats montrent une prévalence d'escarres de catégorie I ou

supérieure de 7,37% dont 56% sont acquises dans l'hôpital qui collecte l'information⁽⁴⁾.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Données collectées par les hôpitaux sur base d'une méthodologie développée par le CFQAI.

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat.

3. Critères d'inclusion

L'observation de tous les patients se trouvant dans les unités suivantes :

- C (Service de diagnostic et de traitement chirurgical) ;
- D (Service de diagnostic et de traitement médical)² ;
- I (Fonction ou service de soins intensifs) ;
- G (Service de gériatrie) ;
- Sp (Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation).

4. Critères d'exclusion

Les escarres de catégorie I. Le choix d'exclure cette catégorie repose sur le fait qu'il est souvent très difficile de réaliser une bonne identification de ce stade d'escarres qui sont considérées davantage comme des facteurs de risque du développement d'escarres plus sévères.

5. Numérateur

Nombre de patients présentant une escarre acquise dans l'institution de Catégorie II, III et IV.

6. Dénominateur

Nombre de *patients observés* dans les unités concernées de l'institution.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

L'observation des points de pression se fait pendant un jour **par trimestre**. La méthodologie développée par le CFQAI permet d'avoir quatre mesures de prévalence par an avec la possibilité d'agrèger les données pour produire une mesure annuelle.

2. Méthodologie de collecte

La méthode proposée est basée sur celle élaborée par l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)⁽⁵⁾ qui a été validée sur le plan international. L'observation des points de pression auprès de

² Service d'hospitalisation simple (mixte C + D)

chaque patient est réalisée par 2 infirmiers dont un des deux n'est pas relié à l'unité observée. Le conseil recommande que l'éducation des observateurs se fasse par le biais d'outils d'éducation validés.

3. Groupe cible

L'observation de tous les patients se trouvant dans les unités suivantes :

- C (Service de diagnostic et de traitement chirurgical) ;
- D (Service de diagnostic et de traitement médical)³ ;
- I (Fonction ou service de soins intensifs) ;
- G (Service de gériatrie) ;
- Sp (Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation).

4. Sélection de l'échantillon

La prévalence est établie sur la base d'une observation de tous les patients pendant un jour par trimestre dans les unités détaillées ci-dessus.

5. Enregistrement des données

Les données sont récoltées en adéquation avec la méthodologie de collecte et enregistrées manuellement dans un tableau adéquat.

Propriétés métrologiques

Le respect des propriétés métrologiques est indispensable pour une utilisation externe des résultats (benchmarking ou qui publication des résultats) :

- La diversification des pratiques de collecte va influencer la fiabilité des résultats de l'indicateur (voir les recommandations ci-dessous). Il est important de pouvoir standardiser et stabiliser les pratiques de collecte afin de réduire au maximum les variations liées à ces dernières. Le CFQAI fournit des recommandations et propose des outils pour améliorer la fiabilité de l'indicateur :
- ✓ Le CFQAI recommande aux observateurs de se conformer aux lignes de conduites de l'European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). Des outils d'éducation validés sont disponibles gratuitement via les liens suivants : <http://www.decubitus.be> ou <http://www.puclas.ugent.be>. L'efficacité de ces outils a été démontrée^(6, 7).
- ✓ Le CFQAI recommande que les observateurs soient préalablement entraînés afin de pouvoir classer correctement les escarres. La conséquence d'observateurs non entraînés est la production de données non fiables avec une sous-estimation de l'observation du nombre de lésions.
- ✓ Des formulaires validés et développés par l'EPUAP peuvent être utilisés pour l'enregistrement des données. Ces formulaires ont été adaptés au contexte belge (http://www.decubitus.be/downloads/PUMAP_FR.pdf).

³ Service d'hospitalisation simple (mixte C + D)

- L'indicateur est valide s'il mesure la qualité des soins permettant de réduire la survenance d'escarres. Le CFQAI recommande d'ajuster l'indicateur aux profils de risque des patients inclus dans l'observation. Les caractéristiques des patients influencent donc le résultat de l'indicateur. Des institutions qui ont davantage de patients à risque peuvent avoir un indicateur de prévalence plus élevé alors qu'une bonne politique de prévention existe.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Les échanges avec les acteurs de terrain et les experts ont mis en évidence une diversification des pratiques de collecte des données (malgré la définition des grandes lignes de la méthodologie de collecte par le CFQAI). Les facteurs avancés sont les suivants :

1. Le processus méthodologique prévoit d'observer tous les patients se trouvant dans les unités retenues. Un seul hôpital présent lors de la phase test a mentionné respecter rigoureusement ce protocole de collecte défini par le CFQAI. Les autres hôpitaux ont mentionné la lourdeur du processus d'audit et le manque de ressources pour le réaliser. L'observation des points de pressions se fait donc auprès de patients à risque préalablement identifiés après une première consultation des dossiers.
2. Un autre problème concerne l'indication du caractère « acquis à l'hôpital ». Le transfert interne des patients peut impacter cette indication dans la mesure où le prestataire peut confondre le caractère « acquis dans l'unité de soins » et « acquis à l'hôpital ». L'indication dépend également de la notification de l'information dans le dossier du patient. Se pose alors la question de la classification des informations manquantes. Certains vont considérer l'absence d'information comme étant « acquis » dans le but d'inciter les équipes à relever et notifier l'information dans le dossier. Les pratiques de notification des informations peuvent donc impacter les résultats de l'indicateur.
3. Le degré de formation des observateurs et leurs compétences à détecter les différents niveaux d'escarres sont variables. Les caractéristiques des observateurs peuvent donc impacter les résultats de l'indicateur.

Les différences identifiées dans les pratiques de collecte vont impacter la fiabilité de l'indicateur. Le panel des institutions bruxelloises et wallonnes recommande d'utiliser ces indicateurs pour soutenir leurs démarches internes d'amélioration continue de la qualité des soins. L'initiative du CFQAI a surtout contribué à sensibiliser les équipes de terrains à la prise en charge des escarres, de permettre l'organisation de feedbacks réguliers qui évaluent les pratiques et incitent à l'amélioration. Pour une utilisation externe de l'indicateur, il est recommandé de standardiser et stabiliser les pratiques de collecte afin de réduire au maximum les variations liées à ces dernières.

La thématique des escarres doit rester une priorité. Il est recommandé de continuer à suivre cette thématique au travers d'autres indicateurs.

Bibliographie

1. Vanderwee K, Defloor T, Beeckman D, Demarré L, Verhaeghe S, Van Durme T, et al. Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey. *BMJ Quality & Safety*. 2011;20(3).

2. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*. 2002;346(22):1715-22.
3. Defloor T, Gobert M, Bouzegta N, Van Durme T. Etude de la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges - Projet PUMap. 2008.
4. Environnement SSPSCAe. Rapport d'activités du CFQAI 2011-2013 pour la Qualité de l'Activité Infirmière dans les hôpitaux belges. Bruxelles; 2016.
5. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13(2):227-35.
6. Beckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Gunningberg L, Heyman H, et al. EPUAP classification system for pressure ulcers: European reliability study. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;60(6):682-91.
7. Beckman D, Schoonhoven L, Fletcher J, Furtado K, Heyman H, Paquay L, et al. Pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis: effectiveness of the Pressure Ulcer Classification education tool on classification by nurses. *Quality and Safety in Health Care*. 2010;19(5):1.



Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

Nombre de césariennes pratiquées pour 100 accouchements de femmes dont les caractéristiques correspondent aux groupes 1 et 2 de la classification de Robson.

- Groupe 1 : Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail spontané ;
- Groupe 2 : Primipares, singleton sommet, ≥ 37 semaines, travail induit ou césarienne élective.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Pour l'OMS, le taux de césarienne idéal se situe entre 10% et 15%. Jusqu'à ces taux, les recherches mettent en évidence que l'augmentation de la pratique de césariennes est associée à une baisse de la mortalité maternelle, néo-natale et infantile⁽¹⁾. L'OMS précise que « la priorité n'est pas d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez les femmes qui en ont besoin ». Au-delà de ce seuil, aucune relation n'est observée entre augmentation du taux de césariennes et réduction de la mortalité. Aucune donnée ne montre un effet bénéfique de l'accouchement par césarienne lorsque cela n'est pas nécessaire. Comme toute intervention chirurgicale, les césariennes comportent des risques pour la santé de la mère et de l'enfant avec des risques de mortalité et de morbidité plus élevés⁽²⁾ ainsi qu'une plus grande probabilité de connaître des complications^(3, 4). A cela s'ajoute une période de rétablissement et des séjours hospitaliers plus longs qui induisent des risques plus grands d'acquiescer une complication à l'hôpital (ex. infections liées aux soins, etc.) et des dépenses plus élevées pour les systèmes de soins de santé.

Le taux global de césarienne répond difficilement aux critères de validité dont la finalité est de mesurer la qualité des soins obstétricaux. Ce taux est difficile à interpréter car de nombreux facteurs explicatifs ne sont pas associés à la

qualité des soins. La pratique de la césarienne permet, dans certaines situations, de sauver des vies et donc de fournir des soins de qualité. Un bon indicateur qualité des soins obstétricaux doit donc mesurer la pratique de la césarienne pour des accouchements où les risques pour la santé de la mère et de l'enfant sont faibles. Ainsi, il a été décidé d'observer le taux de césarienne parmi les femmes dont les caractéristiques correspondent aux catégories 1 et 2 de la classification de Robson. Le système de classification de Robson catégorise les mères en 10 groupes en fonction des caractéristiques maternelles et fœtales de la grossesse. Les groupes se basent sur des critères pertinents, mutuellement exclusifs et totalement inclusifs⁽⁵⁾.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Formulaire médical des bulletins statistiques de naissance ou de décès d'un enfant de moins d'un an ou d'un mort-né.

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat

3. Critères d'inclusion

Le taux global de césarienne répond difficilement aux critères de validité dont la finalité est de mesurer la qualité des soins obstétricaux. Ce taux est difficile à interpréter car de nombreux facteurs explicatifs ne sont pas liés à la qualité des soins. Ainsi, la pratique de la césarienne permet dans certaines situations de sauver des vies et donc de fournir des soins de qualité. Un bon indicateur qualité des soins obstétricaux doit donc mesurer la pratique de la césarienne pour des accouchements où les risques pour la santé de la mère et de l'enfant sont faibles. La classification de Robson offre une meilleure indication sur la qualité des soins obstétricaux que le taux brut de césarienne. L'indicateur prend en compte uniquement les accouchements de femmes appartenant aux groupes de Robson suivants :

- Groupe 1 : Primipares, singleton sommet, ≥37 semaines, travail spontané ;
- Groupe 2 : Primipares, singleton sommet, ≥37 semaines, travail induit ou césarienne élective.

4. Critères d'exclusion

Les femmes appartenant aux groupes de Robson allant de 3 à 10.

5. Numérateur

Nombre d'accouchements par césarienne de femmes appartenant aux groupes 1 et 2 de la classification de Robson.

6. Dénominateur

Total des accouchements d'enfants de femmes appartenant aux groupes 1 et 2 de la classification de Robson

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

Mesure réalisée annuellement sur base des accouchements enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre.

2. Méthodologie de collecte

Les bulletins statistiques sont obligatoirement remplis pour déclarer une naissance ou un décès qui se produit sur le territoire belge. Ces bulletins, sous format papier ou électronique, sont anonymes et composés de deux volets, l'un reprenant des données médicales et l'autre des données sociodémographiques.

3. Groupe cible

La mesure de la césarienne repose sur l'observation des accouchements survenus dans les maternités bruxelloises et wallonnes.

Les accouchements pris en compte concernent :

- Les naissances déclarées vivantes quel que soit l'âge gestationnel ou le poids à la naissance ;
- Les enfants mort-nés d'un poids ≥ 500 g et/ou d'un âge gestationnel ≥ 22 semaines.

4. Sélection de l'échantillon

Non applicable. Les données des bulletins statistiques de naissance et de décès sont collectées en continu pour l'ensemble des accouchements survenus sur les territoires des Régions bruxelloise et wallonne.

5. Enregistrement des données

En Belgique, lors de la déclaration d'une naissance ou d'un décès à l'état civil, un bulletin statistique sous format papier ou électronique est obligatoirement rempli. Ces bulletins, anonymisés après la déclaration officielle de la naissance faite par un membre de la famille dans la commune de naissance, sont composés de deux volets, l'un reprenant des données médicales et l'autre des données sociodémographiques.

Le formulaire médical est complété par les professionnels de la santé (principalement sages-femmes et médecins) en salle de naissance. Le formulaire administratif est complété par le service d'état civil de l'administration communale où a eu lieu la naissance ou le décès. Les formulaires médicaux et sociodémographiques anonymisés sont ensuite transmis au Centre d'Epidémiologie Périnatale (CEpiP) via les administrations de ces Régions.

Le CEpiP collecte, encode, intègre et couple les données du bulletin statistique avant de vérifier la qualité du remplissage. En outre, il rectifie avec l'aide des prestataires de soins des salles d'accouchement et des fonctionnaires de l'Etat civil des communes, les données incomplètes, incohérentes ou suspectes. Il analyse ensuite les données à des fins épidémiologiques et de santé publique^(6, 7).

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe des indicateurs (benchmarking ou publication) doit assurer une fiabilité et une validité des mesures.

- L'indicateur est fiable lorsqu'il produit des résultats constants. Sur ce point, le CEpiP réalise un travail important d'encodage, de vérification et de correction des données pour rendre les données obstétricales les plus fiables possibles (plus d'informations se trouvent dans la section *Enregistrement des données*).
- Mesurer la qualité des soins obstétricaux pour chacune des maternités wallonnes et bruxelloises nécessite un travail d'ajustement aux risques rencontrés par les mères. Ce travail vise à isoler l'effet de la qualité des soins dans la décision de réaliser une césarienne. Il est nécessaire d'ajuster la mesure à différents facteurs de risques tels que les caractéristiques sociodémographiques ou biomédicales de la mère. Le CEpiP dispose des données sur les caractéristiques des mères. Leur expertise est donc indispensable pour créer un indicateur valide.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

La classification de Robson offre une meilleure indication sur la qualité des soins obstétricaux que le taux brut de césarienne. Les acteurs de terrain et les experts recommandent de calculer l'indicateur à partir des groupes 1 et 2 de la classification de Robson et d'utiliser l'indicateur pour soutenir les démarches internes d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux.

Afin d'assurer la validité de l'indicateur et permettre une utilisation externe (benchmarking ou publication), il est recommandé d'ajuster la mesure à différents facteurs de risques tels que les caractéristiques sociodémographiques ou biomédicales de la mère. L'expertise du CEpiP doit être sollicitée pour identifier et tester une méthodologie d'ajustement aux risques des mères.

Bibliographie

1. OMS. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. 2014.
2. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025-.
3. Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*. 2010;8(1):1-10.
4. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367.
5. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.
6. Van Leeuw V, Leroy C, Zhang W-H, Englert Y. Données périnatales en Région bruxelloise – Année 2015. Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2017.
7. Van Leeuw V, Leroy C, Zhang W-H, Englert Y. Données périnatales en Wallonie – Année 2015. Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2017.



Incidence des septicémies associées aux cathéters veineux centraux et associées à l'hôpital

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Annexe

Définition de l'indicateur

L'indicateur mesure l'incidence des septicémies associées aux cathéters veineux centraux et associées à l'hôpital pour 10.000 patients/jour⁽¹⁾.

Un consensus international existe pour définir la *septicémie* comme « un dysfonctionnement organique potentiellement mortel dû au dérèglement de la réaction de l'hôte à une infection »⁽²⁾. Pour être enregistrée dans le programme de surveillance, une septicémie doit répondre à au moins un des critères suivants⁽¹⁾ :

Une hémoculture positive pour un micro-organisme pathogène reconnu
Ou
Deux hémocultures positives pour un même micro-organisme appartenant à la flore cutanée normale (deux prélèvements différents endéans 2 jours). En pédiatrie, un prélèvement peut comporter une seule bouteille - pour éviter de prélever un trop grand volume - mais deux hémocultures différentes restent nécessaires pour la confirmation.
Et
Au moins un des symptômes suivants endéans 24h d'une hémoculture positive : <ul style="list-style-type: none"> • >12 mois : fièvre (>38°C), frissons, ou hypotension ; • ≤12 mois : fièvre (>38°C), hypothermie (<36,5°C), apnée, ou bradycardie (<80/min).
Ou
Nouveau-né uniquement (≤28 jours)
Une hémoculture avec staphylocoque coagulase-négative > 3 jours après la naissance
Et
Au moins <u>deux</u> des symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Fièvre (>38°C) ou instabilité température ou hypothermie (<36,5°C) ; • Tachycardie (200/min) ou bradycardie nouvelle ou aggravation (<80/min) ; • Temps de remplissage capillaire > 2sec ; • Apnée nouvelle ou aggravation (> 20sec) ; • Acidose métabolique inexpliquée (base excess <-10 mEq/l) ; • Hyperglycémie nouvelle (>140 mg/dl) ; • Autres signes d'un sepsis (couleur peau, besoin oxygène augmenté, apathie, état général instable).
Et
Au moins <u>un</u> des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> • C-reactive protein >20 mg/litre ; • Ratio neutrophile immature/total >0.2 ; • Leukocytopénie < 5/nl ; • Trombocytopénie < 100/nl.

Le *cathéter veineux central* est « est un cathéter intravasculaire qui aboutit près ou au niveau du cœur ou dans un gros vaisseau⁴ et qui est utilisé pour une perfusion, un prélèvement, ou un monitoring hémodynamique »⁽¹⁾.

Une septicémie *associée au cathéter veineux central (ou CLABSI)* est définie et signalée comme (voir annexe) :

- Origine confirmée : confirmation microbiologique de la suspicion clinique (même MO détectée dans l'hémoculture et sur le CVC) ;
- Origine probable : pas de confirmation microbiologique de la suspicion clinique, et ;

⁴ Les vaisseaux suivants sont pour l'enregistrement des CLABSI considérés comme gros vaisseaux : aorte, artère pulmonaire, veine cave supérieure, veine cave inférieure, veine brachiocéphalique, jugulaire interne, veine sous-clavière, veine iliaque externe, veine iliaque commune, veine fémorale et artère/veine ombilicale (nouveau-nés)

- Origine possible : pas de suspicion clinique, pas d'autre porte d'entrée identifiée - dans la surveillance la 'porte d'entrée suspectée' est enregistrée comme 'inconnu' - mais CVC présent dans les 2 jours précédant le début de la septicémie.

Les infections *associées à l'hôpital* sont des infections survenant lors d'un séjour à l'hôpital qui n'étaient pas présentes et pas en incubation, au moment de l'admission à l'hôpital. L'indicateur proxy utilisé est une « infection survenant 2 jours ou plus après l'admission » (date de la 1^{ère} hémoculture positive - date admission hôpital \geq 2 jours).

Les journées d'hospitalisation (journées d'hospitalisation effectives/réelles) correspondent au nombre total de jours pendant lesquels un lit a été occupé par un patient hospitalisé. Il s'agit donc toujours de patients hospitalisés. Les patients en ambulatoire et en hospitalisation de jour sont exclus.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Les infections associées aux soins (IAS) concernent 5% à 15% des patients hospitalisés dans les pays développés⁽³⁾. Des données collectées dans les hôpitaux belges en 2011 ont montré qu'environ 111.000 individus (IC à 95% : 73.556 - 159.292) ont contracté une infection liée aux soins soit 7,2 % (IC à 95% : 6,1% -8,3%) des patients admis dans un hôpital⁽⁴⁾. L'impact des IAS implique une mortalité accrue, une prolongation de la durée de séjour, des invalidités à long terme, une résistance accrue des micro-organismes et antimicrobiens, des coûts élevés pour les systèmes de santé et un impact émotionnel pour les patients et leurs familles⁽³⁾.

Les septicémies font partie des infections hospitalières les plus sévères et sont caractérisées par une importante mortalité et morbidité⁽⁵⁾. Les données de surveillance belges soulignent l'origine fréquente du cathéter veineux central sur les septicémies (23% des septicémies associées à l'hôpital)⁽⁶⁾. La littérature souligne le potentiel important de réduction des septicémies au travers d'une stratégie de prévention qui réduit l'exposition aux facteurs de risque et d'autre part la diffusion de bonnes pratiques au niveau de l'insertion et la maintenance du cathéter⁽⁷⁾.

L'incidence des septicémies acquises à l'hôpital connaît de grandes variations entre les différents hôpitaux observés. Cela suggère un potentiel important d'amélioration des résultats mais également un besoin de données valides pour optimiser la comparaison des résultats⁽⁶⁾.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Le service des « Infections liées aux soins & antibiorésistance » (NSIH) de l'Institut de Santé Publique (ISP) est chargé de rassembler les données collectées par les hôpitaux.

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat

3. Critères d'inclusion

Les septicémies enregistrées dans le programme de surveillance sont celles qui ont reçu une confirmation du laboratoire et dont la date de la première hémoculture positive survient 2 jours ou plus après l'admission en hospitalisation classique dans l'hôpital déclarant⁵.

4. Critères d'exclusion

- Les patients en ambulatoire et en hospitalisation de jour (hôpital de jour, one-day clinic, service d'hémodialyse, services polycliniques, et) ;
- Les cas de septicémies qui ne sont pas séparées de plus de 14 jours les unes des autres et qui sont causées par le même micro-organisme (elles appartiennent au même épisode et sont liées au premier enregistrement).

5. Numérateur

Nombre d'épisodes de septicémies associées à un cathéter veineux central et associées à l'hôpital qui ont été enregistrées conformément aux critères repris dans la définition.

6. Dénominateur

Nombre de journées d'hospitalisation (journées d'hospitalisation effectives/réelles) qui correspondent au nombre total de jours pendant lesquels un lit a été occupé par un patient hospitalisé (réf : 10.000 patients/jour). Les données du dénominateur doivent concerner les mêmes patients que les données du numérateur.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

L'indicateur est produit annuellement mais le délai d'observation varie d'une institution à l'autre. Depuis 2014, tous les hôpitaux aigus (*institution de soins chroniques si >150 lits*) ont l'obligation légale de participer à la surveillance des septicémies. Depuis 2015, cette obligation est inscrite dans la loi (AR 27/01/2015). La participation se fait pendant au moins un trimestre par an (janvier-mars et/ou avril-juin et/ou juillet-septembre et/ou octobre-décembre). Certaines institutions collectent leurs données en continu⁶ alors que d'autres observent les septicémies associées aux CVC durant trois mois.

2. Méthodologie de collecte

L'indicateur *repose* sur l'analyse d'échantillons dans les laboratoires de microbiologie des hôpitaux. « Seules les septicémies avec confirmation du laboratoire sont enregistrées dans le programme de surveillance ».

⁵ Les autres épisodes (par exemple survenant en hospitalisation de jour ou après une consultation ambulatoire) sont enregistrés de façon optionnelle et il n'y a pas de dénominateurs correspondants.

⁶ Selon l'Institut de Santé Publique, en 2016, environ 57% des institutions wallonnes et bruxelloises surveillaient leurs septicémies en continu.

Les données du dénominateur concernant le nombre de journées d'hospitalisation sont disponibles auprès du service en charge des données médico-administratives.

3. Groupe cible

Les données de surveillance sont collectées en continu au minimum 3 mois par an auprès de l'ensemble des patients admis au moins 1 nuit à l'hôpital.

4. Sélection de l'échantillon

Il n'y a pas de processus d'échantillonnage pour cet indicateur. Les patients présents durant la période d'observation et qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion sont pris en compte.

5. Enregistrement des données

Avant le 1^{er} juillet 2017 :

- De janvier 2013 jusqu'à juin 2017, les données étaient encodées en ligne avec l'outil NSIHweb2. Les hôpitaux avaient accès aux données et résultats (en temps réel) de leur propre institution via un code d'accès personnel⁷ ;
- L'autre possibilité était d'enregistrer les septicémies via un formulaire d'enregistrement papier (téléchargeable via le lien suivant : http://www.nsih.be/surv_sep/deelname_fr.asp)

Depuis le 1^{er} juillet 2017 :

- Les données peuvent être enregistrées via le formulaire d'enregistrement des données sur les septicémies (voir « formulaire C » qui se trouve dans le protocole 2017⁽¹⁾) ;
- Il est désormais possible d'enregistrer les données de surveillance via le logiciel healthdata.

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- La méthodologie développée par l'ISP permet de réduire autant que possible les variations liées au processus de collecte. Cependant, les acteurs de terrain et experts ont mentionné que l'intensité du dépistage peut avoir un impact sur la fiabilité de l'indicateur (voir recommandations ci-dessous).
- L'indicateur valide mesure la qualité des processus de soins qui permettent de réduire les risques d'infections associées aux CVC. Il faut donc pouvoir contrôler les facteurs non liés à la qualité des soins qui peuvent influencer l'indicateur. Il s'agit des caractéristiques des

⁷ Les données de surveillance des septicémies pour le premier deux trimestres 2017 peuvent être encodées sur cette plateforme (NSIHweb2) jusqu'au 31 mars 2018 compris.

patients soumis au risque (casemix des institutions) et les éventuelles variations saisonnières des infections (voir recommandations ci-dessous).

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Les acteurs institutionnels et les experts ont mentionné 2 points qui vont affecter la fiabilité de l'indicateur alors qu'un troisième point influence davantage la validité de la mesure :

1. Premièrement, la période d'observation peut varier d'une institution à l'autre. Les autorités fédérales demandent d'observer les septicémies au minimum trois mois par an. Certaines institutions collectent en continu ce qui a pour effet d'augmenter la précision de la mesure (réduction de l'intervalle de confiance) par rapport aux institutions qui observent durant 3 mois. A côté de cela, la variabilité saisonnière pourrait introduire un certain biais dans la comparaison entre institutions.
L'effet de la durée et de la période d'observation pourrait être supprimé avec une standardisation de la période de collecte avec notamment un passage à une observation en continu.
2. L'intensité de la recherche du diagnostic de l'hôpital par le recours à un nombre plus ou moins élevé en matière de prélèvements des hémocultures par patient ainsi que les techniques médicales utilisées vont avoir un impact sur la précision du diagnostic. Plus une institution collecte des hémocultures plus le risque d'identifier des septicémies est grand. Pratiquer davantage de prélèvements est un indicateur qui montre l'implication d'une institution dans le contrôle de ses infections. A incidence théorique égale, l'hôpital le plus actif dans les méthodes diagnostiques détecterait un nombre plus grand d'épisodes et se verrait faussement qualifié de moins performant en termes de gestion du risque infectieux.
3. Un troisième point soulevé est celui des caractéristiques des patients soumis au risque. L'éventail des patients traités dans une institution (casemix) a un impact sur la survenance des septicémies et sur les résultats obtenus. Cela nécessite la construction d'une méthodologie pour contrôler le profil des patients observés et assurer la validité de la mesure. Une piste évoquée est de développer une collaboration entre l'Institut Scientifique de Santé Publique et les dépositaires des bases de données du RCM pour mener à bien cet exercice à partir des APR-DRG.

Au regard des différents arguments précités, il est recommandé d'utiliser les indicateurs en interne pour promouvoir les actions d'amélioration. Cette approche permet de sensibiliser les équipes de terrain pour qu'elles restent attentives au contrôle des infections nosocomiales. Pour une utilisation externe (benchmarking ou publication), il est recommandé de contrôler les différents facteurs qui influencent l'indicateur et qui ne sont pas liés à la qualité des soins. Il s'agit des facteurs liés à la méthodologie de collecte (points 1 et 2) et des caractéristiques des patients traités (point 3).

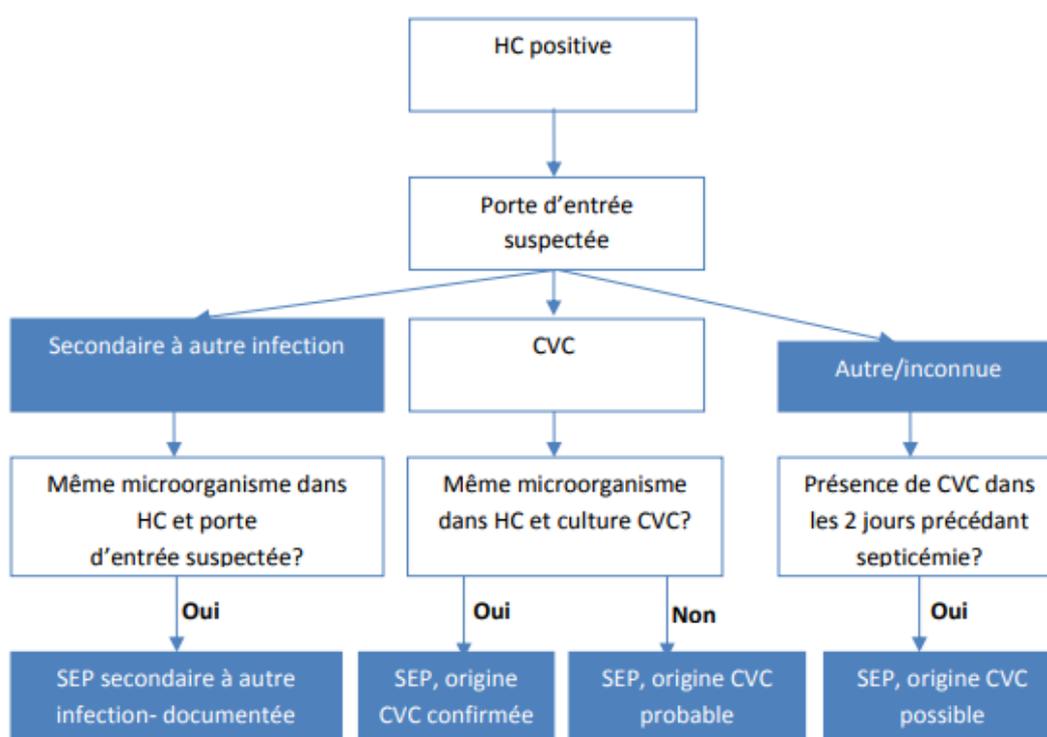
Bibliographie

1. Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). 2017. Surveillance des Septicemies dans les Hôpitaux Belges : Protocole version 4.4. Bruxelles.
http://www.nsih.be/download/BSI%20surv%20protocol_FR_Jun2017.pdf
2. Singer M et al. 2016. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA; 315(8):801-10. doi: 10.1001/jama.2016.0287

3. Organisation mondiale de la santé (OMS). 2010. Patient Safety. Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. OMS, 68 p.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. 2013. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, Stockholm: ECDC.
5. Vrijens F, Hulstaert F, Devriese S, Van de Sande S. Hospital-acquired infections in Belgian acute-care hospitals: an estimation of their global impact on mortality, length of stay and healthcare costs. *Epidemiol Infect* 2012;140(1):126-136.
6. Duysburgh I, Lambert M-L. 2017. Surveillance of bloodstream infections in Belgian hospitals (SEP) - Annual Report 2017, Data up to and including 2016. Brussels. Scientific Institute of Public Health.
7. Blot K, Bergs J, Vogelaers D, Blot S, Vandijck D. Prevention of central line-associated bloodstream infections through quality improvement interventions: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis* 2014;59(1):96-105.

Annexe

Porte d'entrée suspectée et documentée



CLABSI, central line associated bloodstream infection (septicémie associée à un CVC); CRBSI, central line related bloodstream infection (septicémie liée à un CVC); CVC, cathéter veineux central; HC, hémoculture; SEP, septicémie.



Incidences des infections MRSA acquises à l'hôpital

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Annexe

Définition de l'indicateur

Incidence du MRSA acquis à l'hôpital par 1.000 admissions. Une souche de MRSA est une souche de *Staphylococcus aureus*, résistante à la méticilline ou à l'oxacilline⁽¹⁾. L'indicateur est le rapport entre le nombre de nouveaux patients hospitalisés chez qui un premier échantillon (clinique) positif pour MRSA a été isolé > de 48H après l'admission et qui n'avait pas de portage connu pendant les 12 mois précédents et le nombre d'admissions dans les services observés (voir critères d'inclusion).

Pour le critère '48h après l'admission', il est recommandé de prendre en compte la date (et si possible l'heure) du prélèvement et non le moment de l'arrivée de l'échantillon au laboratoire.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Les infections associées aux soins (IAS) concernent 5% à 15% des patients hospitalisés dans les pays développés⁽²⁾. Des données collectées dans les hôpitaux belges en 2011 ont montré qu'environ 111.000 individus (IC à 95% : 73.556 - 159.292) ont contracté une infection liée aux soins soit une prévalence de 7,2 % (IC à 95% : 6,1% -8,3%) des patients admis dans un hôpital du pays⁽³⁾. L'impact des IAS implique une mortalité accrue, une prolongation de la durée de séjour, des invalidités à long terme, une résistance accrue des micro-organismes et antimicrobiens, des coûts élevés pour les systèmes de santé et un impact émotionnel pour les patients et leurs familles⁽²⁾.

Le *Staphylocoque doré* (*Staphylococcus aureus* ; *S. Aureus*) est une bactérie à Gram-positif qui se retrouve fréquemment dans la muqueuse du nez et sur la peau de l'homme. La mesure de prévalence réalisée en 2011 a montré que le *Staphylococcus aureus* est le second micro-organisme isolé dans les IAS à la fois en Europe (12,3% des IAS) et en Belgique (11% des IAS)⁽³⁾. L'évolution de l'incidence du MRSA

nosocomial continue à être favorable dans les hôpitaux aigus belges⁽⁴⁾. Cette évolution résulte des actions et efforts déployés par les équipes d'hygiène hospitalière des hôpitaux belges (renforcement de l'application des recommandations de contrôle MRSA, dépistage à l'admission, campagnes nationales d'hygiène des mains, rationalisation de l'utilisation des antibiotiques par les groupes de gestion de l'antibiothérapie, etc.)⁽⁴⁾. Malgré cette tendance positive, il faut continuer à mettre en place des actions et déployer des efforts sur le terrain pour réduire les infections associées aux soins causées par le *Staphylococcus aureus*.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

L'ISP et le service des 'Infections liées aux soins & antibiorésistance' (NSIH) est chargé de rassembler les données de surveillance du MRSA qui émanent des laboratoires de microbiologie des hôpitaux participants.

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat

3. Critères d'inclusion

Les services suivants sont pris en considération pour la surveillance :

- soins intensifs (index I), services de néonatalogie intensive (NIC), service de soins coronaires, services mixtes (index-H) ;
- chirurgie (index C), médecine (index D), pédiatrie (Index E), maternité (Index M), néonatalogie (index N) ;
- psychiatrie ;
- services de gériatrie (index G) et les services spécialisés pour le traitement et la réadaptation revalidation (index Sp) pour autant que ces deux derniers services appartiennent physiquement à l'hôpital ou à la fusion.

4. Critères d'exclusion

- Les échantillons de patients ambulants (ex. hôpital de jour, one day clinic, service d'hémodialyse, services polycliniques, etc.) ne sont pas repris dans la surveillance ;
- Les hôpitaux doivent exclure leurs doublons. Un doublon est « une souche isolée chez un patient pour lequel pendant l'hospitalisation une souche de la même espèce (ex. *Staphylococcus aureus*) et ayant un même antibiogramme (ex. méticilline résistant) a déjà été prise en compte dans la surveillance »¹ ;
- Les cas d'acquisition nosocomiale détectés sur la base des échantillons de dépistage. *Un échantillon de dépistage* est « un échantillon qui est prélevé en l'absence de signes cliniques. Ce prélèvement a pour but d'identifier les patients, porteurs de MRSA. Ne sont à considérer comme dépistage/screening, que les seuls prélèvements pour lesquels une recherche de MRSA est explicitement demandée au laboratoire ».

5. Numérateur

Nombre de patients hospitalisés chez qui un premier échantillon (clinique) positif pour MRSA a été isolé > de 48h après l'admission et qui n'avaient pas de portage connu pendant les 12 mois précédents.

6. Dénominateur

Nombre total de patients admis en hospitalisation conventionnelle incluant au moins 1 nuit à l'hôpital avec occupation d'un lit hospitalier dans les services repris dans les critères d'inclusion (réf : 1.000 admissions).

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

La participation au volet de surveillance du MRSA est devenue obligatoire depuis 2006⁽⁵⁾. Les données de surveillance d'une année sont collectées rétrospectivement et se rapportent toujours à l'année précédente. Les données sont attendues au plus tard pour le 30 avril de l'année qui suit.

Les données du dénominateur doivent être agrégées pour correspondre à la période de surveillance annuelle du MRSA

2. Méthodologie de collecte

L'incidence des infections MRSA acquises dans l'hôpital est calculée à partir de l'analyse d'échantillons dans les laboratoires de microbiologie des hôpitaux.

Lorsqu'un patient présente des *signes cliniques* d'une infection, un échantillon est prélevé à des fins diagnostiques. L'indicateur prend en compte uniquement les nouveaux cas d'acquisition nosocomiale sur la base des échantillons cliniques. *Un échantillon clinique* « est un échantillon prélevé à des fins diagnostiques en présence de signes cliniques (ex. échantillon d'urine, d'expectorations, d'hémoculture, de selles, frottis de plaies, etc.) »⁽¹⁾. Si chez un même patient les deux types de prélèvements réalisés simultanément (clinique et dépistage) étaient positifs > 48h après l'admission, on le compte uniquement sous la rubrique « d'échantillon clinique ». *En annexe* figure l'arbre de décisions du dépistage du MRSA acquis dans l'institution.

Les données du dénominateur concernant le nombre d'admissions sont généralement disponibles auprès du service en charge du traitement des données médico-administratives.

3. Groupe cible

Les données de surveillance sont collectées en continu auprès de l'ensemble des patients admis au moins 1 nuit à l'hôpital dans les unités reprises dans les critères d'inclusion.

4. Sélection de l'échantillon

Il n'y a pas de processus d'échantillonnage pour cet indicateur. Les patients présents durant la période d'observation et qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion sont pris en compte.

5. Enregistrement des données

La transmission des données se fait de préférence par data-upload ou en ligne dans l'outil de récolte de données NSIHWeb1. La saisie via le site web peut être réalisée manuellement ou par un chargement automatique des données. Les manuels pour utiliser NSIHWeb1 peuvent être téléchargés via le lien suivant : http://www.nsih.be/surv_mrsa/download_fr.asp

Les données peuvent également être transmises à l'aide du formulaire d'enregistrement qui peut être téléchargé via le lien suivant : http://www.nsih.be/surv_mrsa/download_fr.asp

Pour les données du dénominateur (admissions pour les services concernés par la surveillance), ces dernières sont disponibles auprès du service en charge des données administratives de l'hôpital.

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- Sur ce point, la méthodologie développée par l'ISP permet de réduire autant que possible les variations liées au processus de collecte. Toutefois, les guidelines de dépistage peuvent impacter la fiabilité de l'indicateur (voir recommandations ci-dessous).
- L'indicateur valide mesure la qualité des processus de soins qui permettent de réduire le risque d'infections nosocomiales au MRSA. Il faut donc pouvoir contrôler les facteurs non liés à la qualité qui peuvent impacter l'indicateur. Ces facteurs peuvent être le casemix des institutions, la spécificité de certaines structures (concernant les indices de lits) ou encore les variations régionales (voir recommandations ci-dessous).

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

L'indicateur mesurant l'incidence du MRSA nosocomial se caractérise par des spécificités qui vont orienter l'utilisation que l'on peut faire de cette mesure :

1. La première spécificité de l'indicateur est qu'il est sensible aux protocoles de dépistage qui varient d'un hôpital à l'autre. Par exemple, une institution qui dépiste systématiquement chaque nouvelle entrée identifiera moins d'infections de type nosocomiale. Les guidelines sur le dépistage sont donc des facteurs qui peuvent avoir un impact sur l'indicateur. Certaines institutions dépistent systématiquement à l'entrée de chaque patient (selon l'ISP 7% des institutions bruxelloises et wallonnes font des dépistages systématiques à l'entrée des patients) alors que d'autres font du dépistage systématique selon le profil des patients comme l'origine de ces derniers (selon l'ISP environ 60% des institutions ont ce type de protocole).
2. Le second point soulevé est celui des caractéristiques inhérentes aux patients soumis au risque d'une infection. Le profil des patients pris en charge peut influencer le résultat de l'indicateur. Le contrôle du profil des patients est possible. Une piste évoquée est de développer une collaboration entre l'Institut Scientifique de Santé Publique et les dépositaires des bases de données du RCM pour mener à bien cet exercice à partir des APR-DRG.
3. Certains hôpitaux spécialisés ont des indices de lits spécifiques dont les risques d'infections sont accrus. Il faut donc spécifier la particularité des hôpitaux sur base des indices de lits. Ces institutions particulières ne doivent pas être comparées aux hôpitaux plus généraux. De même, une correction devrait être faite avant de comparer en données brutes des hôpitaux dont la distribution en indice de lits est extrêmement variable.
4. La pression d'importation, ou le fait d'accueillir des patients porteurs à l'admission, mais également la géographie d'implantation de l'institutions sont deux éléments à ne pas négliger lorsque l'on analyse les résultats de l'indicateur.

Au regard des différents arguments précités, il est recommandé d'utiliser les indicateurs en interne pour promouvoir les actions d'amélioration. Cette approche permet de sensibiliser les équipes de terrain pour qu'elles restent attentives au contrôle des infections nosocomiales. Pour une utilisation externe (benchmarking ou publication), il est également recommandé de contrôler les différents facteurs qui influencent l'indicateur et qui ne sont pas liés à la qualité des soins. Il s'agit des facteurs liés à la méthodologie de collecte (point 1) et des caractéristiques des patients traités (points 2, 3 et 4).

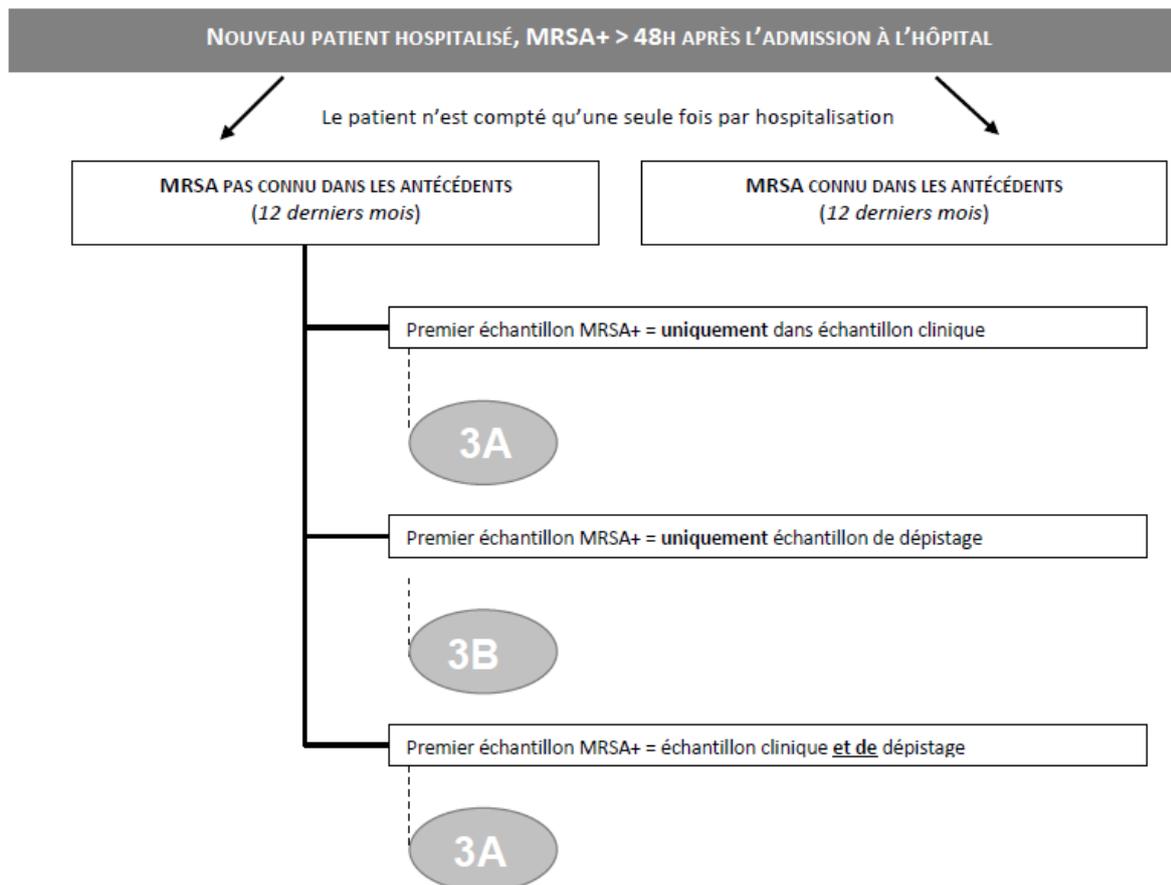
Bibliographie

1. Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). 2017. Protocole de surveillance de MRSA dans les hôpitaux aigus (Version 2017). Bruxelles. http://www.nsih.be/download/MRSA/2017/mrsaprot_V2017_FR.pdf
2. Organisation mondiale de la santé (OMS). 2010. Patient Safety. Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. OMS, 68 p.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. 2013. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, Stockholm: ECDC.
4. Jans B., Denis O., Goossens H. et Glupczynski Y. 2017. Surveillance des bactéries résistantes aux antibiotiques dans les hôpitaux belges : rapport annuel 2015. Brussels: Scientific Institute of Public Health.

Health (WIV-ISP).
http://www.nsih.be/download/MRSA/MRSA_ESBL_CPE_Y2015/RAPPORT_AMR_Y2015_FR.pdf

5. Arrêté royal du 10 novembre 2006 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, 10 novembre 2006.
6. Jans B., Denis O., Goossens H. et Glupczynski Y. 2017. Surveillance des bactéries résistantes aux antibiotiques dans les hôpitaux belges : rapport annuel 205. Brussels: Scientific Institute of Public Health (WIV-ISP).
http://www.nsih.be/download/MRSA/MRSA_ESBL_CPE_Y2015/RAPPORT_AMR_Y2015_FR.pdf

Annexe



Source : Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). 2017. Protocole de surveillance de MRSA dans les hôpitaux aigus (Version 2017). Bruxelles.



Observance de l'hygiène des mains

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

% d'actes d'hygiène des mains observés par rapport à l'ensemble des opportunités d'hygiène des mains rapportées par les observateurs auprès des personnes en contact avec le patient ou son environnement direct.

Le protocole méthodologique⁽¹⁾ définit les termes de la définition comme suit :

- *Acte d'hygiène des mains* : toute application de l'hygiène des mains par le soignant observé que ce soit avec une solution hydro alcoolique ou avec eau et savon ;
- *Opportunité d'hygiène des mains* : tout moment (pendant les soins) pour lequel il existe une indication à l'hygiène des mains ;
- *Personnes en contact avec le patient ou son environnement direct* : les médecins, les infirmières, les soignants, les technologues en imagerie médicale, les kinés et le personnel d'entretien ménager, les pharmaciens.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Les infections associées aux soins (IAS) concernent 5% à 15% des patients hospitalisés dans les pays développés⁽²⁾. Des données collectées en 2011 dans les hôpitaux belges ont montré qu'environ 111.000 individus (IC à 95% : 73.556 - 159.292) ont contracté une infection liée aux soins soit 7,2 % (IC à 95% : 6,1% -8,3%) des patients admis dans un hôpital⁽³⁾. L'impact des IAS implique une mortalité accrue, une prolongation de la durée de séjour, des invalidités à long terme, une résistance accrue des micro-organismes et antimicrobiens, des coûts élevés pour les systèmes de santé et un impact émotionnel pour les patients et leurs familles⁽²⁾. Bien qu'il ne soit pas possible de prévenir 100% des Infections Associées au Soins (IAS), la littérature montre que l'implémentation de stratégies evidence-based peuvent prévenir une grande proportion de ces IAS^(8,9,10).

La transmission la plus fréquente des IAS est liée aux mains contaminées du personnel de santé. L'hygiène des mains est la pratique la plus importante pour prévenir le transfert de micro-organismes entre patients, soignants et l'environnement hospitalier^(1,4,5).

L'OMS rappelle les difficultés rencontrées par le personnel soignant pour satisfaire aux exigences de l'hygiène des mains⁽²⁾. En Belgique les résultats d'observance liée aux campagnes d'hygiène des mains sont encourageants mais l'examen plus détaillé souligne que certains points doivent encore être améliorés⁽⁷⁾. Observer les pratiques des soignants et restituer les résultats de ces observations est l'une des stratégies préconisées pour améliorer l'hygiène des mains de soignants^(2,6).

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Données collectées par les hôpitaux et transmises à l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP).

2. Type d'indicateur

Indicateur de processus.

3. Critères d'inclusion

L'institution choisit combien et quelles unités seront observées. Pour de petites institutions, l'observation peut viser toute l'institution. Dans les hôpitaux aigus, le service des soins intensifs est observé d'office.

4. Critères d'exclusion

Pas applicable.

5. Numérateur

Nombre d'actes d'hygiène des mains observés (voir la définition ci-dessus).

6. Dénominateur

Nombre d'opportunités d'hygiène des mains observées (voir la définition ci-dessus).

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

La mesure de l'observance de l'hygiène des mains n'est pas obligatoire. Les campagnes nationales d'hygiène des mains organisées depuis 2005 sont là pour inciter les institutions à collecter des données avant et après la campagne de sensibilisation. Les résultats de la 6^{ème} campagne montrent une participation de 79% des institutions hospitalières belges. La collecte de données

de la 7^{ème} campagne s'est clôturée en juin 2017. Les institutions sont encouragées à systématiser l'observance de l'hygiène des mains en dehors des campagnes nationales.

2. Méthodologie de collecte

L'observation du respect des indications à l'hygiène des mains par les soignants est mesurée par observation directe. Les observateurs doivent avoir suivi une formation spécifique. Le ou les même(s) observateur(s) doivent réaliser les observations de toute l'unité. L'observateur est libre de choisir quand il va réaliser une session d'observation (matin, après-midi, soir, nuit, ...).

Une session d'observation dure 30 minutes. Les résultats de la 6^{ème} campagne ont enregistré 8.962 heures d'observations pour 221.597 opportunités soit une moyenne de 12,36 opportunités par session⁽⁷⁾. Pour observer au moins 150 opportunités par unité/ département, il faudra donc une bonne dizaine de sessions d'observation.

3. Groupe cible

Le personnel observé est toute personne ayant un contact avec le patient ou son environnement direct. Ce sont donc les médecins, les infirmières, les soignants, les technologues en imagerie médicale, les kinés, le personnel d'entretien ménager, etc.

4. Sélection de l'échantillon

Pour pouvoir interpréter l'évolution de l'observance avant et après la sensibilisation, il est indispensable d'observer au moins 150 opportunités dans chaque période par unité et cela tant avant qu'après campagne. Pour disposer d'une image globale de l'observance de l'hygiène des mains, il est indispensable d'observer différents soignants à des moments différents.

5. Enregistrement des données

Deux méthodes sont proposées pour encoder les données d'observation.

La première est l'utilisation de grilles d'observation qui sont utilisées dans les sessions de 30 minutes. Un exemple de grilles ainsi que les instructions de remplissage sont consultables dans le manuel méthodologique⁽¹⁾.

La deuxième solution consiste à utiliser le module d'encodage et d'analyse des données disponible via une application web-based (NSIHweb 2.0). Cette application permet aux hôpitaux d'encoder des observances en dehors des campagnes nationales et de leur fournir un feedback en temps réel de leurs enregistrements. Un manuel d'utilisation pour le Module Hygiène des mains est consultable via le lien suivant : http://www.nsih.be/download/HH/Usermanual_sharepoint_HH2016_FR.pdf

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe des indicateurs (benchmarking ou publication) doit assurer une fiabilité et une validité des mesures :

- L'indicateur est fiable lorsqu'il produit des résultats constants lorsque ce dernier est appliqué de façon répétitive. Les experts ont pointé les divergences entre hôpitaux dans la pratique de l'observance. Le degré d'exigence de l'observateur, le rapport hiérarchique entre l'observateur et la personne observée ou encore le degré de formation des observateurs sont autant d'éléments qui peuvent influencer les résultats. Pour améliorer la fiabilité de la mesure, il est possible d'avoir recours à des observateurs indépendants épaulés par un processus de vérification externe des données collectées.
- L'indicateur est valide s'il mesure la bonne compliance à l'hygiène des mains. En tant que mesure de processus, l'observance de l'hygiène des mains est moins sensible aux facteurs externes tels que les caractéristiques des patients accueillis.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Les acteurs de terrain recommandent d'utiliser l'indicateur comme un outil d'amélioration interne de l'observance de l'hygiène des mains. Afin de préserver cette fonction déjà attribuée à l'indicateur dans de nombreux hôpitaux, il est recommandé d'éviter la comparaison entre institutions ou la diffusion publique de l'indicateur. Deux limites à une utilisation externe de l'indicateur ont été évoquées :

1. Premièrement, la mesure de l'observance de l'hygiène des mains est fortement influencée par la méthodologie de collecte et surtout par le statut du ou des observateur(s). Malgré l'existence de recommandations pour l'observation, des divergences dans la pratique même de l'observance peuvent apparaître entre hôpitaux ou unités. Par exemple, le degré de formation et d'exigence de l'observateur, le rapport hiérarchique entre l'observateur et la personne observée ou encore le caractère anonyme ou pas de l'observateur, sont autant d'éléments qui peuvent influencer le résultat. A cela s'ajoute la continuité de la formation des observateurs qui n'est pas optimale et pas toujours répétée dans le temps.
2. Un deuxième facteur qui limite l'utilisation externe de la mesure est la sélection des unités qui peut détériorer la pertinence d'une comparaison entre institution. Comme il n'est pas obligatoire de fournir des informations sur l'observance pour l'ensemble des unités (à l'exception des soins intensifs), le risque est que les hôpitaux publient les résultats de leurs unités les plus performantes. Dans l'hypothèse où l'indicateur actuel devrait être rendu public ou utilisé pour comparer la qualité des soins entre institutions, la stratégie des hôpitaux va être de sélectionner ou de diffuser les résultats des meilleures unités. L'indicateur utilisé ne serait donc pas le reflet de la réalité de terrain ni même de l'investissement de l'institution dans la promotion de l'hygiène des mains.

Pour pallier à ces limites, les acteurs de terrain et les experts suggèrent d'avoir recours à des observateurs indépendants accompagnés par un processus de validation externe des données collectées.

Les acteurs de terrain recommandent également de continuer à suivre cette thématique au travers du développement de nouveaux indicateurs pour refléter la stratégie de l'hôpital en matière de

promotion de l'hygiène des mains. Les indicateurs évoqués pour continuer à développer le set commun sont :

- Le nombre d'opportunités observées sur une année rapporté au nombre de lits de l'institution ;
- La consommation de solutions hydro-alcooliques dans les unités d'hospitalisation rapportée aux nombres de jours-patients.

Bibliographie

1. Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). 2014. *Manuel méthodologique 2016-2017: Campagne Nationale Pour La Promotion de L'hygiène Des Mains*. Bruxelles. (http://www.nsih.be/download/HH/ManuelMethodologique_HH2016_FR.pdf).
2. Organisation mondiale de la santé (OMS). 2010. Patient Safety. Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. OMS, 68 p.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. 2013. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, Stockholm: ECDC.
4. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. 2010. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care, *Infect Control Hosp Epidemiol*, 31(3):283-94.
5. Allegranzi B, Pittet D. 2009. The role of hand hygiene in healthcare associated infection prevention. *J Hosp Infect*; 4: 305-315.
6. World Health Organization (WHO). 2005. World Alliance for Patient Safety. The Global Patient Safety Challenge 2005-2006 "Clean Care is Safer Care". Geneva, WH.
7. Institut Scientifique de Santé Publique (ISP). 2015. *Résultats de La 6e Campagne Nationale Pour La Promotion de L'hygiène Des Mains Dans Les Hôpitaux*. Bruxelles. (http://www.nsih.be/surv_hh/download/R%C3%A9sultats_nationaux_2015.pdf).
8. Berenholtz SM, Pronovost PJ, Lipsett PA, Hobson D, Earsing K, Farley JE, et al. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit*. *Critical Care Medicine*. 2004;32(10).
9. Pronovost PJ, Goeschel CA, Colantuoni E, Watson S, Lubomski LH, Berenholtz SM, et al. Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study. *BMJ*. 2010;340.
10. Umscheid C, Mitchell M, A Doshi J, Agarwal R, Williams K, J Brennan P. Estimating the Proportion of Healthcare-Associated Infections That Are Reasonably Preventable and the Related Mortality and Costs 2011. 101-14 p.



Compliance de l'antibioprophylaxie en chirurgie

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Annexe

Définition de l'indicateur

% de dossiers dont les éléments suivants sont conformes aux directives locales :

- le choix de l'antibiotique ;
- la dose unitaire ;
- le nombre d'administrations ;
- le moment de l'administration.

Cette compliance est vérifiée parmi les patients qui devaient prendre une prophylaxie antibiotique avant une intervention chirurgicale. Le protocole de collecte des données pour l'année 2017 cible quatre types d'interventions à auditer : le pontage coronarien (CABG), la prothèse totale de la hanche, l'intervention colorectale et la chirurgie urologique (transurethrale resectie prostate).

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Les infections associées aux soins (IAS) concernent 5% à 15% des patients hospitalisés dans les pays développés⁽²⁾. Des données collectées dans les hôpitaux belges en 2011 ont montré qu'environ 111.000 individus (IC à 95% : 73.556 - 159.292) ont contracté une infection liée aux soins soit 7,2% (IC à 95% : 6,1% -8,3%) des patients admis dans un hôpital⁽³⁾. L'impact des IAS implique une mortalité accrue, une prolongation de la durée de séjour, des invalidités à long terme, une résistance accrue des micro-organismes et antimicrobien, des coûts élevés pour les systèmes de santé et un impact émotionnel pour les patients et leurs familles⁽²⁾.

La dernière étude de prévalence nationale a montré que les infections des sites opératoires (ISO) sont la troisième cause d'infections nosocomiales⁽³⁾. D'après l'Institut américain Institute of Healthcare Improvement (IHI), 40% à 60% des infections de plaies opératoires peuvent être évitées en utilisant correctement l'antibiothérapie prophylactique. L'administration correcte d'une antibioprophylaxie est une pratique qui permet de réduire les risques d'infections du site opératoire. Malgré cela, la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie n'est toujours pas réalisée de manière optimale⁽⁴⁾. De plus, « l'utilisation inadéquate d'un antibiotique à large spectre ou une administration prolongée d'antibiotiques prophylactiques expose le patient à un risque sanitaire encore plus élevé, en raison du développement d'agents pathogènes résistants aux antibiotiques »⁽¹⁾. Une bonne compliance de l'antibioprophylaxie permet donc de réduire les risques de complications liées aux infections et de limiter la résistance aux antibiotiques.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Audit coordonné par la BAPCOC et mené au sein des institutions par les Groupes de Gestion de l'Antibiothérapie (GGA).

2. Type d'indicateur

Indicateur de processus.

3. Critères d'inclusion

Les patients adultes (≥ 18 ans) qui ont subi une intervention chirurgicale du type :

- pontage coronarien (CABG) off-pump ou on-pump ;
- prothèse totale de la hanche ;
- interventions colorectales (cancer) ;
- chirurgie urologique : TURP (transurethrale resectie prostate).

Un total de 50 dossiers de patients sera analysé rétrospectivement pour les deux interventions chirurgicales sélectionnées.

4. Critères d'exclusion

Le manuel méthodologique qui guide la collecte des données pour l'année 2017 préconise d'exclure les deux catégories suivantes :

- les patients affectés par une maladie infectieuse documentée au moment de la chirurgie ou dans les 48 heures après la chirurgie ainsi que ;
- les patients mineurs (< 18 ans).

5. Numérateur

Nombre de dossiers où le choix de l'antibioprophylaxie chirurgicale est conforme aux directives locales. La conformité doit respecter les quatre éléments suivants :

- le choix de l'antibiotique ;
- la dose unitaire ;
- le nombre d'administrations ;
- le moment de l'administration.

6. Dénominateur

Nombre total des dossiers examinés (minimum 25 dossier pour chacune des deux interventions chirurgicales sélectionnées).

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

La fréquence de la mesure n'est pas mentionnée mais elle se doit d'être répétée pour répondre à l'objectif d'amélioration continue qui est assigné à la récolte de ces indicateurs.

2. Méthodologie de collecte

L'audit est coordonné par un membre du GGA de l'hôpital. Les dossiers qui sont passés en revue doivent être récents. L'auditeur détermine une date au choix (par exemple le 31 décembre 2017) et prend les 25 derniers dossiers de la procédure choisie à partir de cette date, sans appliquer de sélection (aucun autre critère ou mode de sélection de dossiers).

Il convient d'examiner la compliance par rapport aux directives de l'hôpital en ce qui concerne la prophylaxie antibiotique. Si aucune directive interne n'est disponible, se conformer aux recommandations du guide Sanford 2013-2013. Les informations collectées sont ensuite reprises dans une grille d'encodage (voire annexe).

3. Groupe cible

Le protocole de collecte des données 2017 cible les patients adultes qui ont subi une des quatre interventions suivantes : la prothèse de la hanche, le pontage coronarien, l'intervention colrectale et la chirurgie urologique.

L'institution doit sélectionner au moins deux types d'interventions qui doivent être auditées.

4. Sélection de l'échantillon

La procédure d'échantillonnage prévoit de sélectionner, à partir des listes de chirurgie, les dossiers des récentes interventions. Déterminez une date au choix (par exemple le 31 décembre) et prenez les 25 derniers dossiers CABG à partir de cette date, sans appliquer votre propre sélection (aucun autre critère ou mode de sélection de dossiers).

5. Enregistrement des données

La BAPCOC met à disposition des hôpitaux des protocoles de collecte des données. Un tableau existe pour notifier les informations concernant l'audit rétrospectif des dossiers médicaux (voir annexe).

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- Les hôpitaux disposent de différents systèmes de gestion de l'information qui contribuent à diversifier les pratiques de collecte. Ces différentes pratiques peuvent influencer la fiabilité des résultats. Il est important de pouvoir standardiser et stabiliser les pratiques de collecte afin de réduire au maximum les variations liées à ces dernières.
- La littérature et le retour des acteurs de terrain ont mis en évidence la pertinence de cet indicateur pour évaluer la qualité du programme de prévention des infections du site opératoire. Cette mesure évalue la mise en œuvre d'une tâche dans un processus de soins (indicateur de processus). Ce type d'indicateur est valide car peu impacté par d'autres facteurs non liés à la qualité des soins.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

La collecte des données pour cet indicateur est recommandée par la BAPCOC qui met à disposition des institutions un guide méthodologique pour assurer une certaine cohérence dans la méthode de collecte. La participation aux observances se fait sur base volontaire, cependant, le nombre hôpitaux participants est important.

Le groupe estime que cet indicateur est très intéressant pour évaluer la qualité du programme de prévention des infections du site opératoire et recommande la systématisation de sa collecte au travers d'une collaboration structurelle avec la BAPCOC.

Les spécificités de l'indicateur relevés par les acteurs institutionnels sont :

1. L'indicateur évalue la cohérence aux recommandations mais pas la qualité de ces dernières. L'indicateur peut être amélioré avec la mise à disposition d'un référentiel commun de directives evidence-based ;
2. L'indicateur repose sur un audit de dossiers patients. L'indicateur mesure donc la compliance de l'antibioprophylaxie chirurgicale mais également la qualité de la notification, dans le dossier patient, des informations liées à l'antibioprophylaxie ;
3. Certains programmes chirurgicaux ciblés par cet indicateur ne sont pas présents dans toutes les institutions (exemple : la chirurgie cardiaque).

La BAPCOC recommande l'utilisation de ces indicateurs afin de soutenir les démarches d'amélioration continue des institutions qui les collectent. Les acteurs de terrain recommandent également l'utilisation de ces mesures dans cette perspective d'amélioration interne du processus de l'antibioprophylaxie.

Le groupe n'exclut cependant pas l'utilisation de tels mesures pour comparer les résultats entre hôpitaux. Pour ce faire, certains points doivent être pris en considération :

1. Il est recommandé de réaliser des comparaisons uniquement pour des interventions identiques. Comme les institutions ont le choix d'auditer deux interventions parmi quatre proposées par la BAPCOC, cela réduit donc le champ des comparaisons possibles.
2. Une seconde réserve concerne la représentativité statistique des 25 dossiers⁸ audités par intervention. Cela limite donc la puissance statistique de l'indicateur rendant plus difficile l'identification de différences significatives entre institutions.
3. Les résultats peuvent être influencés par les systèmes de collecte et d'enregistrement des informations. Certaines institutions procèdent à une extraction automatique des données informatisées alors que d'autres font un relevé des données dans les dossiers papiers. Concernant les dossiers patients informatisés, il existe différents systèmes de présentation, d'enregistrement et de conservation des informations. Ces différents systèmes de gestion de l'information contribuent à diversifier les processus de collecte ce qui rend les indicateurs moins fiables et plus difficile à comparer.

Bibliographie

1. BAPCOC. 2013. *Audit Prophylaxie Antibiotique: Manuel Méthodologique*. Bruxelles ; SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 15p.
2. Organisation mondiale de la santé (OMS). 2010. Patient Safety. Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. OMS, 68 p.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. 2013. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals, Stockholm: ECDC.
4. Bratzler, Houck, Richards et al. 2005. "Use of Antimicrobial Prophylaxis for Major Surgery: Baseline Results from the National Surgical Infection Prevention Project." *Archives of Surgery* 140(2):174–82. (<http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.140.2.174>).

⁸Cette taille d'échantillon a été fixée dans le cadre d'un processus d'amélioration continue local et non pas pour dégager une signification statistique des résultats produits.

Annexe

Fiche patient, 2^e partie (1 fiche par patient)

Antibioprophylaxie et conformité à la directive locale

(Veuillez compléter le nom, la dose exacte et le moment de l'administration de l'antibiotique)

	1 ^{re} administration	2 ^e administration	3 ^e administration	4 ^e administration	5 ^e administration	6 ^e administration	Conforme à la directive locale (entourez la bonne réponse)	
Nom de l'antibiotique							Oui	Non
Dose unitaire (mg)							Oui	Non
Moment (heure/min)							Oui*	Non

	1 ^{re} administration	2 ^e administration	3 ^e administration	4 ^e administration	5 ^e administration	6 ^e administration	Conforme à la directive locale (entourez)	
Nom de l'antibiotique							Oui	Non
Dose unitaire (mg)							Oui	Non
Moment (heure/min)							Oui*	Non

	1 ^{re} administration	2 ^e administration	3 ^e administration	4 ^e administration	5 ^e administration	6 ^e administration	Conforme à la directive locale (entourez)	
Nom de l'antibiotique							Oui	Non
Dose unitaire (mg)							Oui	Non
Moment (heure/min)							Oui*	Non



Fractures de la hanche opérées dans les délais

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

La proportion des patients de 65 ans et plus admis avec une fracture de l'extrémité proximale du fémur, qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale dans le jour même ou le lendemain de l'admission⁹. L'intervention chirurgicale prend la forme d'une ostéosynthèse ou d'un remplacement de l'articulation de la hanche par une prothèse mécanique.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Des données de pays de l'OCDE montrent que le pourcentage de fractures de la hanche opérées dans les 24 heures chez les plus de 65 ans varie de 33% pour l'Italie à 93% pour la Norvège⁽¹⁾. L'examen d'analyses scientifiques montre que l'opération chirurgicale après une fracture de la hanche doit être réalisée dans les 48 heures et de préférence dans les 24 heures⁽²⁾. Certaines études montrent que le délai entre la fracture de la hanche et l'opération est associé à de moins bons résultats médicaux⁽³⁾. L'augmentation du délai de l'opération augmente les risques de mortalité du patient^(4,5,6,7). Certaines de ces études ont contrôlé les facteurs de comorbidité alors que d'autres non. Deux recherches ont tenu compte de la comorbidité et ont montré l'absence de relation entre le risque de mortalité plus élevé et le délai de l'opération chirurgicale^(8,9). Toutefois, ces dernières n'excluent pas une association significative entre le délai plus court et la réduction de la douleur ou le risque plus faible de survenance d'autres complications comme les escarres. Une grosse méta-analyse publiée en 2012 dans PLoS One⁽¹⁰⁾ tend à confirmer qu'il existerait une association entre le délai accru d'intervention et la mortalité ainsi que le développement d'escarres. Le cut-off des études pour le délai d'intervention se situait « en majorité entre 24 et

⁹ Cela signifie que les opérations réalisées dans les délais se font dans les 0 à 48h après l'admission.

48h ». Elle recommande donc d'opérer les patients dans les 24 à 48h.

A l'inverse, un examen de la littérature semble montrer des avis plus contrastés par rapport à l'indicateur qualité « opération dans les 24h de la fracture de hanche ». L'étude de Lizaur-Utrilla⁽¹¹⁾ publiée en 2016 dans *Injury* n'associe pas l'intervention précoce à une morbidité ou une mortalité plus faible et recommande de se centrer sur l'optimisation de l'état du patient plus que sur le délai d'intervention pour lequel ils offrent une fourchette de quatre jours. De même l'étude rétrospective de Librero⁽¹²⁾ sur 56.500 patients espagnols de plus de 60 ans hospitalisés pour fracture de hanche, entreprise précisément en raison de la controverse existant autour de cet indicateur qualité, ne montre pas d'effet du délai opératoire sur le risque de mortalité. Une corrélation positive est trouvée pour le plus grand âge, le sexe masculin et la présence de comorbidités. Il semble donc qu'une certaine prudence soit de mise dans l'utilisation de cet indicateur qualité.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

DM-RHM : fichiers DIAGNOSE, PROCEDUR & STAYHOSP.

2. Type d'indicateur

Indicateur de processus.

3. Critères d'inclusion

- Patients âgés de 65 ans et plus

Âge du patient = Année d'admission - Année de naissance

- Patient admis pour des séjours classiques ou de jour

A2_HOSPTYPE_FAC= "H" et "C"

- Présence d'un des codes diagnostics ICD10CM suivants dans le champ DIAGNOSE.CODE_DIAGNOSE :
 - ✓ Fractures de hanche traumatiques
 - S72.0**A** - Fracture of head and neck of femur
 - S72.1**A** - Pertrochanteric fracture
 - S72.2**A** - Subtrochanteric fracture of femur

Il est pertinent d'inclure uniquement les fractures dont c'est l'épisode initial de traitement (dernier caractère "A"). L'épisode de soin initial est défini comme étant « celui où le patient reçoit un traitement actif pour la fracture ». Les 7èmes caractères pour les codes de la catégorie S72 sont : A - initial encounter for closed fracture

- ✓ Fractures de hanche pathologiques (hors néoplasme)

sur ostéoporose liée à l'âge

- M80.051** - Age-related osteoporosis with current pathological fracture, right femur
- M80.052** - Age-related osteoporosis with current pathological fracture, left femur
- M80.059** - Age-related osteoporosis with current pathological fracture, unspecified femur

sur autre ostéoporose

- M80.851** - Other osteoporosis with current pathological fracture, right femur
- M80.852** - Other osteoporosis with current pathological fracture, left femur
- M80.859** - Other osteoporosis with current pathological fracture, unspecified femur

sans précision

- M84.451** - Pathological fracture, right femur
- M84.452** - Pathological fracture, left femur
- M84.453** - Pathological fracture, unspecified femur
- M84.459** - Pathological fracture, hip, unspecified

dans d'autres maladies

- M84.651** - Pathological fracture in other disease, right femur
- M84.652** - Pathological fracture in other disease, left femur
- M84.653** - Pathological fracture in other disease, unspecified femur

- ✓ Présence d'un des codes de procédure chirurgicale ICD-10-PCS suivants dans le champ PROCEDUR.M2_CODE_PROCEDURE :

Mise en place de prothèse de hanche complète

- OSR90**** - Replacement of Right Hip Joint, Open Approach
- OSR80**** - Replacement of Left Hip Joint, Open Approach

Mise en place de prothèse de hanche partielle (remplacement de surface fémorale)

- OSR90**** - Replacement of Right Hip Joint, Femoral Surface, Open Approach
- OSR80**** - Replacement of Left Hip Joint, Femoral Surface, Open Approach

Ostéosynthèse (repositionnement)

- OQS6***** - Reposition Right Upper Femur
- OQS7***** - Reposition Left Upper Femur

- Patients admis avec une fracture de la hanche

Les patients dont les codes de diagnostic qui viennent d'être énoncés sont présents à l'admission POA = "Yes".

4. Critères d'exclusion

- Révisions de la hanche

Le fait de choisir uniquement des codes de fracture premier épisode de soins devrait de facto exclure les interventions de reprise de prothèse.

OSP9*JZ - l'ablation complète d'une prothèse de hanche droite "Removal of synthetic substitute from right hip joint"

OSPB*JZ - hanche gauche "Removal of synthetic substitute from left hip joint".

On pourrait imaginer retrouver un code de fracture épisode initial chez un patient qui est déjà porteur d'une prothèse de hanche si la fracture survient sous la prothèse et que le médecin indique explicitement que la fracture est sans relation avec le fait que le patient porte une prothèse. Si en pareil cas on retirait la prothèse et qu'on en remplaçait une nouvelle plus longue, on devrait coder à la fois le retrait de l'ancienne prothèse et la pose de la nouvelle.

- Tumeurs osseuses

Les codes de diagnostic suivants concernent les fractures sur néoplasme.

M84.551 - Pathological fracture in neoplastic disease, right femur

M84.552 - Pathological fracture in neoplastic disease, left femur

M84.553 - Pathological fracture in neoplastic disease, unspecified femur

M84.559 - Pathological fracture in neoplastic disease, hip, unspecified

- Troubles de la coagulation

Les patients ayant les codes suivants sont exclus :

Z79.01 - Long term (current) use of anticoagulants

Z79.02 - Long term (current) use of antithrombotics /antiplatelets.

- Indicateur Présence à l'Admission (POA)

Il faut exclure les fractures survenues en cours de séjour, pour lesquelles il est impossible de déterminer le délai entre la fracture et l'intervention. Il faut donc exclure les codes de diagnostic de fracture avec une indication POA = "No"

5. Numérateur

Nombre de patients admis pour une fracture de la hanche répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion qui ont été traités chirurgicalement le jour même ou le lendemain de leur admission.

6. Dénominateur

Nombre total de patients admis pour une fracture de la hanche qui ont été traités chirurgicalement et qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

L'indicateur est calculé annuellement. Les séjours concernés sont ceux des patients sortis dans la période RHM qui s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année observée.

2. Méthodologie de collecte

L'extraction des données et le calcul de l'indicateur se fait par numéro d'agrément.

Les interventions réalisées dans les délais (numérateur) sont celles qui ont lieu le jour de l'admission ou le lendemain. Les dates des procédures repises dans le RHM sont utilisées pour calculer le délai entre l'admission et l'intervention. Ces interventions sont rapportées à l'ensemble des admissions de patients âgés de 65 ans et plus admis pour une fracture de la hanche.

3. Groupe cible

Les patients âgés de 65 ans et plus *admis avec une fracture de la hanche*.

4. Sélection de l'échantillon

Il n'y a pas de processus d'échantillonnage pour cet indicateur. L'ensemble des patients qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion sont pris en compte.

5. Enregistrement des données

Processus à définir en partenariat avec les autorités bruxelloises et wallonnes.

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- Les pratiques de codages peuvent avoir un impact sur les résultats de l'indicateur. On pense au codage de la date de l'opération qui est mise par défaut à la date d'admission ce qui peut entraîner une surestimation des fractures opérées dans les délais (voir recommandations). Pour s'assurer de la fiabilité de l'indicateur il est important de standardiser et stabiliser les pratiques de codage afin de réduire au maximum les variations liées à ces pratiques. Il est également important de régulièrement réviser la définition pour l'adapter aux mises à jour des nomenclatures de codage.
- Mesurer la qualité du processus de soins des fractures de la hanche au regard du délai de l'intervention fait encore débat dans la littérature (voir ci-dessus). Pour s'assurer de la validité de l'indicateur, il est important que les interprétations tiennent compte des considérations évoquées dans la revue de littérature.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Les acteurs institutionnels ont évoqué l'impact des pratiques de codage sur l'indicateur. Deux pratiques spécifiques ont été avancées :

1. La première pratique concerne l'identification des interventions dans les délais. Le codage de la date de l'opération se fait par défaut à la date d'admission. Si l'information n'est pas vérifiée

et adaptée par les codeurs cela peut entraîner une surestimation des fractures opérées dans les délais.

2. La seconde pratique concerne le codage du « caractère présent à l'admission » (POA). Par défaut il est mis sur "Yes" dans les logiciels de codage. Si l'information n'est pas vérifiée et adaptée par les codeurs cela peut entraîner l'inclusion de fractures survenues en cours de séjour (codées POA="Yes") alors qu'elles devraient être exclues de l'indicateur. Ces erreurs de codage peuvent déboucher sur deux situations problématiques : (1) une opération à lieu le jour de l'admission ou le lendemain (incluse au numérateur) alors qu'elles ne sont pas liées à une fracture survenue durant le séjour ; (2) le patient est admis sans être opéré le jour de l'admission ou le lendemain alors qu'une fracture survient en cours de séjour. Le patient sera donc comptabilisé uniquement au dénominateur. Ces procédures qui devraient être exclues peuvent donc influencer l'indicateur à la hausse comme à la baisse.

Le système de codage des différentes interventions reprises dans les critères d'inclusion et d'exclusion est appelé à évoluer dans le temps. Il est donc important de régulièrement réviser la définition pour l'adapter aux mises à jour des nomenclatures.

Enfin, il est important de faire attention aux effectifs des patients inclus dans la mesure. Plus la taille de la population observée est importante plus l'intervalle de confiance sera petit et l'estimation sera précise. Les hôpitaux avec des petits nombres peuvent voir leurs résultats soumis à de plus fortes variations inhérentes aux composantes aléatoires du processus étudié. Il est donc recommandé de présenter les résultats de l'indicateur avec l'erreur standard calculée à partir du dénominateur de chaque institution. La taille de l'intervalle sera inversement proportionnelle à la taille du dénominateur.

Bibliographie

1. Mattke, Soeren et al. 2006. *Health Care Quality Indicators Project. Initial Indicators Report.*
2. Parker M. 2000. "Evidence Based Case Report Managing an Elderly Patient with a Fractured Femur." *BMJ : British Medical Journal* 320(7227):102-3. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117363/>).
3. Novack V., Jotkowitz A., Etzion O. et Porath A. 2007. "Does Delay in Surgery after Hip Fracture Lead to Worse Outcomes? A Multicenter Survey." *International Journal for Quality in Health Care* 19(3):170-76. (<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/3/170.abstract>).
4. Laberge A., Bernard P. M. et Lamarche P. A. 1997. "Relation entre le délai pré-opératoire pour une fracture de hanche, les complications post-opératoires et le risque de décès." *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 45(1):5-12. (<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=2590066>)
5. Moran C., Wenn R., Sikand M. et Taylor A. 2005. "Early Mortality After Hip Fracture: Is Delay Before Surgery Important?" *The Journal of Bone & Joint Surgery* 87(3):483-89. Retrieved (<http://jbjs.org/content/87/3/483.abstract>).
6. Shiga T., Wajima Z. et Ohe Y. 2008. "Is Operative Delay Associated with Increased Mortality of Hip Fracture Patients? Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression." *Canadian Journal of Anesthesia* 55(3):146-54. (<http://dx.doi.org/10.1007/BF03016088>).
7. Zuckerman J. D., Skovron M. L., Koval K. J., Aharonoff G. et Frankel V. H. 1995. "Postoperative Complications and Mortality Associated with Operative Delay in Older Patients Who Have a

- Fracture of the Hip." *The Journal of Bone & Joint Surgery* 77(10):1551–56. (<http://jbjs.org/content/77/10/1551.abstract>).
8. Grimes J., Julia P., Gregory P., Noveck H., Butler M. et Carson J. 2002. "The Effects of Time-to-Surgery on Mortality and Morbidity in Patients Following Hip Fracture." *The American journal of medicine* 112(9):702–9.
 9. Orosz G. et al. 2004. "Association of Timing of Surgery for Hip Fracture and Patient Outcomes." *JAMA* 291(14):1738–43.
 10. Moja L, Piatti A, Pecoraro V, Ricci C, Virgili G, Salanti G, Germagnoli L, Liberati A, Banfi G. 2012 "Timing matters in hip fracture surgery: patients operated within 48 hours have better outcomes. A meta-analysis and meta-regression of over 190,000 patients". *PLoS One*, Vol. 7, p. e46175.
 11. Lizaur-Utrilla A1, Martinez-Mendez D2, Collados-Maestre I, Miralles-Muñoz FA, Marco-Gomez L, Lopez-Prats FA. 2016 "Early surgery within 2 days for hip fracture is not reliable as healthcare quality indicator". *Injury* , Vol. 47(7);, pp. 1530-5.
 12. Librero J., Peiró S, Leutscher E, Merlo J, Bernal-Delgado E, Ridao M, Martínez-Lizaga N, Sanfélix-Gimeno G. 2012, "Timing of surgery for hip fracture and in-hospital mortality: a retrospective population-based cohort study in the Spanish National Health System". *BMC Health Serv Res.*, Vol. 18, pp. 12-15.
 13. Doleman B, Moppett IK. 2015 "Is early hip fracture surgery safe for patients on clopidogrel? Systematic review, meta-analysis and meta-regression". *Injury*, Vol. 46, pp. 954-62.
 14. Collinge CA, Kelly KC, Little B, Weaver T, Schuster RD. 2012, "The effects of clopidogrel (Plavix) and other oral anticoagulants on early hip fracture surgery". *J Orthop Trauma*, Vol. 26, pp. 568-73.



Incidence des escarres acquises dans l'institution

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

Escarres de stade III, IV et de stade indéterminable (unstageable) se trouvant en diagnostique secondaire pour 1.000 sorties de patients âgés de 18 ans et plus pris en charge médicalement ou chirurgicalement dans des *séjours de 5 jours et plus*⁽¹⁾.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Les escarres acquises sont des complications sérieuses liées à l'hospitalisation. Il s'agit d'un problème majeur pour le secteur des soins de santé pour plusieurs raisons⁽²⁾, premièrement, les escarres contribuent à augmenter la morbidité et la mortalité des patients. Ensuite, les escarres sont responsables de l'allongement de la durée de séjour et leur traitement entraîne un coût additionnel important pour le patient et la société. Enfin, les escarres ont des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients car elles sont source de douleurs et d'inconfort et restreignent les activités quotidiennes de ces derniers.

Un nombre important d'escarres peuvent être évitées (ou leur gravité maîtrisée) grâce à des soins adéquats. Ainsi l'évitement de ces complications est lié à l'activité infirmière⁽³⁾, à l'utilisation de protocoles actualisés en matière de prévention des escarres⁽⁴⁾, à la diffusion de bonnes pratiques ou encore à une bonne information des patients et de leurs proches⁽⁴⁾.

Les escarres sont donc des événements évitables dont la mesure d'incidence peut soutenir les institutions dans la gestion de cette complication⁽⁵⁾. Le feedback des PSI définis par l'AHRQ a permis d'estimer l'incidence des escarres en Belgique à 15,39 pour 1.000 sorties sur la période 1999-2004⁽⁵⁾. Une autre étude est allée plus loin en montrant que l'incidence des escarres évitables était de 12,4‰ pour les sorties médicales et de 12,2‰ pour les sorties

chirurgicale⁽⁶⁾. Un panel d'experts de l'OCDE estime que la plus grande limite de l'indicateur d'incidence est lié à la difficulté d'identifier les escarres présentes à l'admission de ceux acquis à l'hôpital⁽⁷⁾.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

DM-RHM : fichiers DIAGNOSE, PROCEDUR & STAYHOSP

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat

3. Critères d'inclusion

- *Patients âgés de 18 ans et plus*

Âge du patient = Année d'admission - Année de naissance

- Patients avec une durée de séjour de 5 jours et plus. Il s'agit des patients dont la sortie intervient au minimum le 5^{ème} jour qui suit la date d'admission. Par exemple, parmi les patients admis le 15/03/2017 seront inclus dans le calcul de l'indicateur ceux dont la sortie intervient le 20/03/2017 et les jours qui suivent.
- *Escarres* de stade III, IV et de stade indéterminable (unstageable)¹⁰ avec les codes ICD-10 suivants se trouvant en diagnostic secondaire et indiquées comme non *présent à l'admission* (POA= "No") :

¹⁰ Ne pas confondre avec les ulcères de pression de stade non spécifié ou non documenté avec un 6^{ème} caractère codé avec un n°9.



- L89000** Pressure ulcer of unspecified elbow, unstageable
- L89003** Pressure ulcer of unspecified elbow, stage 3
- L89004** Pressure ulcer of unspecified elbow, stage 4
- L89010** Pressure ulcer of right elbow, unstageable
- L89013** Pressure ulcer of right elbow, stage 3
- L89014** Pressure ulcer of right elbow, stage 4
- L89020** Pressure ulcer of left elbow, unstageable
- L89023** Pressure ulcer of left elbow, stage 3
- L89024** Pressure ulcer of left elbow, stage 4
- L89100** Pressure ulcer of unspecified part of back, unstageable
- L89103** Pressure ulcer of unspecified part of back, stage 3
- L89104** Pressure ulcer of unspecified part of back, stage 4
- L89110** Pressure ulcer of right upper back, unstageable
- L89113** Pressure ulcer of right upper back, stage 3
- L89114** Pressure ulcer of right upper back, stage 4
- L89120** Pressure ulcer of left upper back, unstageable
- L89123** Pressure ulcer of left upper back, stage 3
- L89124** Pressure ulcer of left upper back, stage 4
- L89130** Pressure ulcer of right lower back, unstageable
- L89133** Pressure ulcer of right lower back, stage 3
- L89134** Pressure ulcer of right lower back, stage 4
- L89140** Pressure ulcer of left lower back, unstageable
- L89143** Pressure ulcer of left lower back, stage 3
- L89144** Pressure ulcer of left lower back, stage 4
- L89150** Pressure ulcer of sacral region, unstageable
- L89153** Pressure ulcer of sacral region, stage 3
- L89154** Pressure ulcer of sacral region, stage 4
- L89200** Pressure ulcer of unspecified hip, unstageable
- L89203** Pressure ulcer of unspecified hip, stage 3
- L89204** Pressure ulcer of unspecified hip, stage 4
- L89210** Pressure ulcer of right hip, unstageable
- L89213** Pressure ulcer of right hip, stage 3
- L89214** Pressure ulcer of right hip, stage 4
- L89220** Pressure ulcer of left hip, unstageable
- L89223** Pressure ulcer of left hip, stage 3
- L89224** Pressure ulcer of left hip, stage 4
- L89300** Pressure ulcer of unspecified buttock, unstageable
- L89303** Pressure ulcer of unspecified buttock, stage 3
- L89304** Pressure ulcer of unspecified buttock, stage 4
- L89310** Pressure ulcer of right buttock, unstageable
- L89313** Pressure ulcer of right buttock, stage 3
- L89314** Pressure ulcer of right buttock, stage 4
- L89320** Pressure ulcer of left buttock, unstageable
- L89323** Pressure ulcer of left buttock, stage 3
- L89324** Pressure ulcer of left buttock, stage 4
- L8943** Pressure ulcer of contiguous site of back, buttock and hip, stage 3
- L8944** Pressure ulcer of contiguous site of back, buttock and hip, stage 4
- L8945** Pressure ulcer of contiguous site of back, buttock and hip, unstageable
- L89500** Pressure ulcer of unspecified ankle, unstageable
- L89503** Pressure ulcer of unspecified ankle, stage 3

4. Critères d'exclusion



- Durée de séjour est inférieure à 5 jours. Il s'agit des patients dont la sortie intervient avant le 5^{ème} jour qui suit la date d'admission.
- Codes escarre ICD10 identifiés en diagnostic principal sans codes escarres pour un diagnostic secondaire
Codes escarre ICD10 identifiés en diagnostic principal avec en diagnostic secondaire un code escarre ICD10 de stade III, IV et de stade indéterminable (unstageable) qui est indiqué comme étant présent à l'admission (POA="Yes").

NB : ici on veut conserver les patients qui ont une escarre en diagnostic principal et qui acquiert un autre durant leur hospitalisation (POA="No")

- Codes escarres ICD10 de stade III, IV et de stade indéterminable (unstageable) en diagnostic secondaire et indiqués comme étant présent à l'admission (POA="Yes").
- Transfert d'un autre hôpital (établissement de soins de courte durée), une structure de soins infirmiers spécialisés, des établissements de soins intermédiaires ou autres établissements de soins de santé.

Codes admission pour les transferts :

Dans le champ A2_CODE_PLACE_BEFORE_ADM :

- 3 - Autre hôpital : non universitaire
- 4 - Autre hôpital : universitaire
- 5 - Autre hôpital : psychiatrique
- 6 - Maison de repos et de soins (MRS) et hômes pour personnes âgées
- 7 - MSP et habitations protégées

5. Numérateur

Sorties de patients âgés de 18 ans et plus pris en charge médicalement et chirurgicalement avec des escarres *de stade III, IV et de stade indéterminable (unstageable ou 0 « indéterminé »)* présents en diagnostic secondaire et non pas présents à l'admission (POA="No") et qui satisfont aux critères d'inclusion et d'exclusion du dénominateur.

6. Dénominateur

Sorties de patients âgés de 18 ans et plus pris en charge médicalement ou chirurgicalement (avec un DRG chirurgical ou médical) et qui satisfont aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

L'indicateur est calculé annuellement. Les séjours concernés sont ceux des patients sortis dans la période RHM qui s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année observée.

2. Méthodologie de collecte



L'extraction des données et le calcul de l'indicateur se font par numéro d'agrément. Pour identifier les DRG chirurgicaux et médicaux, il est recommandé de se référer au Groupeur qui sera utilisé pour identifier les DRG à faible variabilité. En attendant cette version du Groupeur il est recommandé de se référer à celui utilisé par le SPF Santé Publique pour le financement.

3. Groupe cible

Les patients pris en charge médicalement ou chirurgicalement dans des séjours de 5 jours et plus.

4. Sélection de l'échantillon

Il n'y a pas de processus d'échantillonnage pour cet indicateur. L'ensemble des patients qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion sont pris en compte.

5. Enregistrement des données

Processus à définir en partenariat avec les autorités bruxelloises et wallonnes.

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- La diversification et l'instabilité des pratiques de codages ont un impact sur la fiabilité de l'indicateur. Pour rendre l'indicateur fiable il faut avant tout stabiliser les pratiques de codage et affiner l'identification du caractère présent à l'admission ou non.
- Actuellement, l'indicateur mesure surtout la notification des informations dans le dossier médical et les pratiques d'encodage de ces informations dans le RHM (voir les recommandations ci-dessous). Il faut avant tout s'assurer de la fiabilité de la mesure avant de vérifier sa validité.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Lors de la phase test, les acteurs institutionnels recommandent de ne pas utiliser cet indicateur pour mesurer la qualité des soins. Les résultats et les retours du terrain montrent une grande variabilité dans les pratiques de notification des informations dans les dossiers infirmiers (DI) et le codage de ces dernières dans le RHM. Les renseignements inscrits dans le DI peuvent être incomplets quant au stade de l'escarre et au moment de son apparition. A cela s'ajoute les problèmes liés à l'encodage du caractère présent à l'admission ou apparu en cours de séjour.

Les résultats présentés par les hôpitaux pilotes montrent des effectifs d'escarres de stade III, IV et de stade indéterminable (unstageable)¹¹ acquis assez faibles. Il y aurait donc une sous-estimation de la

¹¹ Ne pas confondre avec les ulcères de pression de stade non spécifié ou non documenté avec un 6^{ème} caractère numéroté 9



mesure d'incidence liée aux pratiques de codage. Ce constat rejoint celui fait par une étude belge qui a confronté des résultats obtenus via les PSI¹² de l'AHRQ et des audits de dossiers réalisés entre 2004 et 2006. Environ 35% des séjours avec escarres repris dans les dossiers ne se retrouvent pas dans les données administratives⁽⁸⁾.

En résumé, l'indicateur reflète actuellement les pratiques d'encodage des données. Pour pouvoir l'utiliser, il est recommandé d'améliorer l'inscription des informations dans les dossiers des patients et leur codage dans le RHM. Une fois les pratiques de codage stabilisées l'indicateur pourra alors être utilisé pour évaluer la qualité des soins. Les acteurs du terrain recommandent de réévaluer plus tard la consistance de l'indicateur avec une nouvelle phase test. Cette phase pourrait se tenir en 2019 après l'implémentation du point d'action e-santé qui vise à produire un DPI intégré.

Bibliographie

1. AHRQ. QI™ ICD-9-CM and ICD-10-CM/PCS Specification Enhanced Version 5.0 PSI #03 Pressure Ulcer Rate. 2015.
2. Vanderwee K, Defloor T, Beeckman D, Demarré L, Verhaeghe S, Van Durme T, et al. Assessing the adequacy of pressure ulcer prevention in hospitals: a nationwide prevalence survey. *BMJ Quality & Safety*. 2011;20(3).
3. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*. 2002;346(22):1715-22.
4. Defloor T, Gobert M, Bouzegta N, Van Durme T. Etude de la prévalence des escarres dans les hôpitaux belges - Projet PUMap. 2008.
5. Gillet P, Kolh P, Sermeus W, Vleugels A, Jacques J, Ven den heede K, et al. Détection des événements indésirables dans les bases de données administratives. 2008.
6. Van den Heede K, Sermeus W, Diya L, Lesaffre E, Vleugels A. Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006;18(3):211 LP-9.
7. Millar J, Mattke S. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries. 2004.
8. Jacques J. Indicateurs de performance clinique hospitalière. Etudes empiriques basées sur les données médico-administratives belges. Liège: ULg; 2013.

¹² Patient Safety Indicator



Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire postopératoire pour 1.000 séjours avec intervention chirurgicale parmi les patients âgés de 18 ans et plus

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Les symptômes de la thrombose veineuse profonde ou de l'embolie pulmonaire peuvent avoir des conséquences plus ou moins grave sur les patients. Outre l'allongement de la durée du séjour, ces complications peuvent provoquer des douleurs, de la détresse respiratoire voir même le décès du patient⁽¹⁾. Ces symptômes peuvent être évités grâce à une utilisation appropriée d'anticoagulants ainsi que par l'application de mesures préventives.

Cet indicateur est l'un des Patient Safety Indicators développé par l'AHRQ et dont le dénominateur se limite aux sorties liées à une intervention chirurgicale. En Belgique cette méthodologie de mesure a été appliquée pour identifier un taux de 5,41 TVP ou EP postopératoire pour 1.000 sorties de patients traités chirurgicalement entre 1999 et 2004⁽²⁾.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

DM-RHM : fichiers DIAGNOSE, PROCEDUR & STAYHOSP.

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat.



3. Critères d'inclusion

- Patients âgés de 18 ans et plus

Âge du patient = Année d'admission - Année de naissance

- Codes diagnostics de la thrombose veineuse profonde :

I8010 - Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified femoral vein

I8011 - Phlebitis and thrombophlebitis of right femoral vein

I8012 - Phlebitis and thrombophlebitis of left femoral vein

I8013 - Phlebitis and thrombophlebitis of femoral vein, bilateral

I80201 - Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified deep vessels

I80202 - Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified deep vessels

I80203 - Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified deep vessels of lower extremities, bilateral

I80209 - Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified deep vessels of unspecified lower extremity

I80211 - Phlebitis and thrombophlebitis of right iliac vein

I80212 - Phlebitis and thrombophlebitis of left iliac vein

I80213 - Phlebitis and thrombophlebitis of iliac vein, bilateral

I80219 - Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified iliac vein

I80221 - Phlebitis and thrombophlebitis of right popliteal vein

I80222 - Phlebitis and thrombophlebitis of left popliteal vein

I80223 - Phlebitis and thrombophlebitis of popliteal vein, bilateral

I80229 - Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified popliteal vein

I80231 - Phlebitis and thrombophlebitis of right tibial vein

I80232 - Phlebitis and thrombophlebitis of left tibial vein

I80233 - Phlebitis and thrombophlebitis of tibial vein, bilateral

I80239 - Phlebitis and thrombophlebitis of unspecified tibial vein

I80291 - Phlebitis and thrombophlebitis of other deep vessels of right lower extremity

I80292 - Phlebitis and thrombophlebitis of other deep vessels of left lower extremity

I80293 - Phlebitis and thrombophlebitis of other deep vessels of lower extremity, bilateral

I80299 - Phlebitis and thrombophlebitis of other deep vessels of unspecified lower extremity

I82401 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of right lower extremity

I82402 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins

I82403 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of lower extremity, bilateral

I82409 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of unspecified lower extremity

I82411 - Acute embolism and thrombosis of right femoral vein

I82412 - Acute embolism and thrombosis of left femoral vein

I82413 - Acute embolism and thrombosis of femoral vein, bilateral

I82419 - Acute embolism and thrombosis of unspecified femoral vein

I82421 - Acute embolism and thrombosis of right iliac vein



I82422 - Acute embolism and thrombosis of left iliac vein

I82423 - Acute embolism and thrombosis of iliac vein, bilateral

I82429 - Acute embolism and thrombosis of unspecified iliac vein

I82431 - Acute embolism and thrombosis of right popliteal vein

I82432 - Acute embolism and thrombosis of left popliteal vein

I82433 - Acute embolism and thrombosis of popliteal vein, bilateral

I82439 - Acute embolism and thrombosis of unspecified popliteal vein

I82441 - Acute embolism and thrombosis of right tibial vein

I82442 - Acute embolism and thrombosis of left tibial vein

I82443 - Acute embolism and thrombosis of tibial vein, bilateral

I82449 - Acute embolism and thrombosis of unspecified tibial vein

I82491 - Acute embolism and thrombosis of other specified deep vein of right lower extremity

I82492 - Acute embolism and thrombosis of other specified deep vein of left lower extremity

I82493 - Acute embolism and thrombosis of other specified deep vein of lower extremity, bilateral

I82499 - Acute embolism and thrombosis of other specified deep vein of unspecified lower extremity

I824Y1 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of right proximal lower extremity

I824Y2 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins

I824Y3 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of proximal lower extremity, bilateral

I824Y9 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of unspecified proximal lower extremity

I824Z1 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of right distal lower extremity

I824Z2 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of left distal lower extremity

I824Z3 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins of distal lower extremity, bilateral

I824Z9 - Acute embolism and thrombosis of unspecified deep veins

- *Codes diagnostic de l'embolie pulmonaire :*

I2602 - Saddle embolus of pulmonary artery with acute cor pulmonale

I2609 - Other pulmonary embolism with acute cor pulmonale

I2692 - Saddle embolus of pulmonary artery without acute cor pulmonale

I2699 - Other pulmonary embolism without acute cor pulmonale

4. Critères d'exclusion

- Patients âgés de moins de 18 ans ;
- Patients avec une thrombose veineuse profonde comme principal diagnostic ou comme diagnostic secondaire présent à l'admission (POA= "Yes") ;
- Patients avec une embolie pulmonaire comme principal diagnostic ou comme diagnostic secondaire présent à l'admission (POA="Yes") ;
- Séjours pour lesquels intervient une procédure d'interruption de la veine cave :

06H00DZ - Insertion of Intraluminal Device into Inferior Vena Cava, Open Approach

06H03DZ - Insertion of Intraluminal Device into Inferior Vena Cava, Percutaneous Approach



06H04DZ - Insertion of Intraluminal Device into Inferior Vena Cava, Percutaneous Endoscopic Approach

06L00CZ - Occlusion of Inferior Vena Cava with Extraluminal Device, Open Approach

06L00DZ - Occlusion of Inferior Vena Cava with Intraluminal Device, Open Approach

06L00ZZ - Occlusion of Inferior Vena Cava, Open Approach

06L03CZ - Occlusion of Inferior Vena Cava with Extraluminal Device, Percutaneous Approach

06L03DZ - Occlusion of Inferior Vena Cava with Intraluminal Device, Percutaneous Approach

06L03ZZ - Occlusion of Inferior Vena Cava, Percutaneous Approach

06L04CZ - Occlusion of Inferior Vena Cava with Extraluminal Device, Percutaneous Endoscopic Approach

06L04DZ - Occlusion of Inferior Vena Cava with Intraluminal Device, Percutaneous Endoscopic Approach

06L04ZZ - Occlusion of Inferior Vena Cava, Percutaneous Endoscopic Approach

06V00CZ - Restriction of Inferior Vena Cava with Extraluminal Device, Open Approach

06V00DZ - Restriction of Inferior Vena Cava with Intraluminal Device, Open Approach

06V00ZZ - Restriction of Inferior Vena Cava, Open Approach

06V03CZ - Restriction of Inferior Vena Cava with Extraluminal Device, Percutaneous Approach

06V03DZ - Restriction of Inferior Vena Cava with Intraluminal Device, Percutaneous Approach

06V03ZZ - Restriction of Inferior Vena Cava, Percutaneous Approach

06V04CZ - Restriction of Inferior Vena Cava with Extraluminal Device, Percutaneous Endoscopic Approach

06V04DZ - Restriction of Inferior Vena Cava with Intraluminal Device, Percutaneous Endoscopic Approach

06V04ZZ - Restriction of Inferior Vena Cava, Percutaneous Endoscopic Approach

- Procédures d'oxygénation extracorporelle à membranes (ECMO) :

5A15223 - Extracorporeal Membrane Oxygenation, Continuous

5. Numérateur

Sorties de patients âgés de 18 ans et plus avec comme diagnostic secondaire une thrombose veineuse profonde ou une embolie pulmonaire et qui satisfont aux critères d'inclusion et d'exclusion.

6. Dénominateur

Sorties pour une intervention chirurgicale (DRG chirurgical) de patients âgés de 18 ans et qui ne se retrouvent pas dans les critères d'exclusion ci-dessus.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

L'indicateur est calculé annuellement. Les séjours concernés sont ceux des patients sortis dans la période RHM qui s'étend du 1er janvier au 31 décembre de l'année observée.

2. Méthodologie de collecte



L'extraction des données et le calcul de l'indicateur se font par numéro d'agrément.

Pour identifier les DRG chirurgicaux il est recommandé de se référer au Grouper qui sera utilisé pour identifier les DRG à faible variabilité. En attendant cette version il est recommandé de se référer à la version du Grouper utilisée par le SPF Santé Publique pour le financement.

3. Groupe cible

Les patients âgés de 18 ans et plus qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale (DRG chirurgical). Ce groupe cible peut changer dans le temps suite aux révisions dans la classification des DRG chirurgicaux (voir les recommandations ci-dessous).

4. Sélection de l'échantillon

Il n'y a pas de processus d'échantillonnage pour cet indicateur. L'ensemble des patients qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion sont pris en compte.

5. Enregistrement des données

Processus à définir en partenariat avec les autorités bruxelloises et wallonnes.

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- Les pratiques de codages et les éventuelles révisions dans la classification des DRG chirurgicaux vont impacter la fiabilité de la mesure. La stabilisation des pratiques de codage et la prise en compte des éventuelles évolutions dans la classification des DRG sont des éléments à prendre en considération pour s'assurer la fiabilité de l'indicateur.
- Malgré les limites inhérentes à l'indicateur (voir les recommandations ci-dessous), les acteurs institutionnels estiment que cette mesure évalue la qualité des soins et des procédures permettant d'éviter les TVP ou EP postopératoires. Dans la mesure où certaines chirurgies sont plus à risque de conduire à des TVP ou des EP, le type de chirurgie qui prédomine dans l'institution peut avoir un impact sur l'indicateur. Les acteurs de terrains doivent donc intégrer cet aspect lorsqu'ils vont interpréter les résultats.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Les participants à la phase test ont souligné que les complications post-opératoires comme les TVP ou EP peuvent survenir après la sortie de l'hôpital. Ces complications post-hospitalisations ne seront pas prises en compte et ce même si le patient est réadmis dans le même hôpital. Lors de l'interprétation des résultats, il faut donc être conscient de cette limite qui s'inscrit dans une tendance à un retour de plus en plus rapide au domicile. Il y aura donc une sous-estimation des TVP/EP post-opératoires.



Les résultats présentés lors de la phase test confirment ce constat puisque les incidences des TVP/EP sont plus élevées lorsque les séjours sont plus longs. Toutefois, il n'est pas possible de déterminer l'impact précis (cause ou conséquence) de ces complications sur la durée des séjours.

Les acteurs institutionnels attirent l'attention sur la version du « Grouper » à utiliser. Cette version évolue au cours du temps avec des transferts de DRG entre les catégories « chirurgicale » et « médicale ». Ils recommandent de se référer au Grouper qui sera utilisé pour identifier les DRG à faible variabilité. En attendant cette version du « Grouper » il est recommandé de se référer à celui utilisé par le SPF Santé Publique pour le financement.

La révision continue des codes qui constituent les DRG chirurgicaux complique la tâche des institutions qui souhaiteraient suivre leurs résultats dans le temps. En effet, ces changements vont influencer les effectifs de la population soumise au risque de connaître une TVP ou une EP post-opératoires (dénominateur). Les institutions qui souhaitent suivre cet indicateur dans le temps devront le faire au regard des révisions dans la classification des DRG chirurgicaux.

Les acteurs recommandent d'utiliser l'indicateur comme un outil de comparaison entre institutions afin de susciter le débat autour des résultats et d'échanger à propos des procédures mises en place pour réduire les TVP/EP postopératoires. Cet exercice nécessite une mise en perspective des résultats qui tient compte du type de chirurgie qui prédomine dans l'institution (certaines sont plus à risque de développer des TVP/EP postopératoires). Ce travail doit être réalisé par les acteurs de terrain qui viennent échanger autour des indicateurs. Lors de ces comparaisons il est également important de tenir compte du volume des interventions chirurgicales en calculant l'erreur standard pour chacune des institutions.

Bibliographie

1. Gillet, P, Kolh P, Sermeus W, Vleugels A, Jacques J, K. Van den heede K and Verelst S (2008). Detection of adverse events in administrative databases. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports vol C. Legal depot D/2008/10.273/xx.
2. SPF Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement - DG Organisation des Etablissements de Soins (2008). Feedback des Patient Safety Indicators. La sécurité des patients dans les hôpitaux belges. Bruxelles. 117p.



Réadmissions non planifiées

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

Pourcentage de réadmissions accompagnées d'un *passage par les urgences* dans les 7 jours qui suivent la sortie de l'hôpital de patients admis pour une hospitalisation classique ou une chirurgie de jour (lorsqu'un patient entre et quitte l'hôpital le jour-même d'une opération).

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Depuis 2013, l'AIM (Agence Inter-Mutualiste) en partenariat avec la Communauté flamande, dans le cadre de leur politique d'évaluation et de transparence de la qualité des soins sur base d'indicateurs qualité (Vlaams Indicatoren projet - VIP2 - opérationnalisé par le Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg). Dans ce projet les données de facturation hospitalière sont exploitées en vue de produire un indicateur de réadmissions non planifiées. L'objectif étant « d'apporter, à l'ensemble des institutions partenaires intéressées, une information comparative détaillée des taux de réadmissions non planifiées enregistrés dans leurs établissements »⁽¹⁾. Cette démarche permettra donc aux hôpitaux de se positionner entre eux mais également de s'informer sur le devenir de l'ensemble de leurs patients, y compris ceux se faisant réadmettre dans un autre établissement que celui de l'hospitalisation initiale. Les taux de réadmissions non planifiées ainsi qu'un ensemble d'autres indicateurs de qualité de l'ensemble des établissements néerlandophones sont destinés à être publiés dans le cadre d'une politique d'évaluation et de transparence de la qualité des soins menée par la Communauté flamande. Cette méthodologie, a donc été transposée par la PAQS pour le calcul de l'indicateur des réadmissions non planifiées qui doit intégrer le set commun d'indicateurs qualité demandé par les autorités régionales bruxelloises et wallonnes.



La littérature souligne que les réadmissions non planifiées peuvent être causées par des facteurs qui ne dépendent pas de la qualité des soins délivrés. Certaines réadmissions ne peuvent pas être évitées, car elles sont dépendantes de l'état de santé et du profil particulier des patients pris en charge. Ainsi, si l'on veut pouvoir comparer au mieux les institutions entre elles, il est essentiel de pouvoir contrôler le profil des patients pris en soins et la catégorie des soins délivrés dans les organisations concernées⁽¹⁾.

Toutefois, la littérature montre aussi que les réadmissions peuvent être évitées par la qualité de la prise en charge. Cela se traduit notamment par une bonne communication entre le patient et le soignant et donc un bon transfert d'informations, une bonne évaluation avant la sortie ou encore par la continuité des soins extra-muros⁽²⁾. Comme le rappelle l'Union Nationale des Mutualités socialistes dans son rapport, l'indicateur des réadmissions « n'est pas une mesure directe de résultats des soins délivrés, mais il est accepté depuis de nombreuses années comme un proxy valide de la qualité des soins hospitaliers et en particulier de la préparation/l'information du patient à la sortie »^(3,4).

Utiliser l'indicateur des réadmissions non planifiées pour évaluer et comparer la qualité des soins n'est pas si évident. En effet, certaines précautions doivent être prises comme le contrôle de certaines caractéristiques des patients admis.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Base de données de l'Agence Intermutualiste (IMA-AIM) qui enregistrent les données de facturation de l'ensemble des prestations et des médicaments délivrés en hospitalier ou en ambulatoire et ce concernant l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire.

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat

3. Critères d'inclusion

Tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire qui ont été admis pour une hospitalisation classique ou un One Day Chirurgical

4. Critères d'exclusion

- Les admissions d'enfants de moins de 15 ans ;
- Les admissions au cours desquelles le patient décède ;

5. Numérateur

L'ensemble des admissions pour une hospitalisation classique suivant de **moins de 8 jours** la sortie d'une hospitalisation telle que définie dans le dénominateur. Pour être considérée comme réadmission non planifiée, le premier jour de l'hospitalisation doit également être accompagné de la facturation



d'un passage par les **urgences** : 590516, 590531, 590553, 590575, 590656, 590671, 590693, 590752, 590774, 590796, 590811, 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995 ou 761316.

6. Dénominateur

Ensemble des hospitalisations classiques et des chirurgies ambulatoires (ou chirurgies de jour).

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

À déterminer avec les experts de l'Agence Intermutualiste (AIM).

2. Méthodologie de collecte

Toutes les données relatives aux **soins de santé** et aux **médicaments** sont enregistrées et conservées de manière uniforme par l'Agence Intermutualiste (AIM). Il s'agit des données que les mutualités utilisent dans le cadre du remboursement des soins de santé à leurs membres en assurance obligatoire. Il est possible, de la sorte, d'obtenir des informations détaillées sur l'évolution de toutes les dépenses en matière de soins de santé par individu, par prestation ou par institution. L'Agence Intermutualiste (AIM) ne dispose des données de diagnostic, celles des soins non remboursés et des données relatives aux assurances complémentaires des mutualités.

Outre les données relatives aux dépenses des patients, toute une série d'indicateurs socio-démographiques sont disponibles (âge, sexe, bénéficiaire de l'intervention majorée, admission dans une MSP/MRPA etc.)

Un avantage des données des mutualités est qu'elles permettent d'obtenir les informations sur les patients qui sont réadmis en urgence dans une institution différente de celle liée à la première admission. Cela représente en moyenne un quart des réadmissions.

3. Groupe cible

Tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire qui ont été admis pour une hospitalisation classique ou un One Day Chirurgical.

4. Sélection de l'échantillon

Il n'y a pas de processus d'échantillonnage pour cet indicateur. Tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire qui répondent aux critères d'inclusion et d'exclusion sont pris en compte.

5. Enregistrement des données

Les résultats de l'indicateur sont produits par l'Agence Intermutualiste à partir des données enregistrées par l'AIM en routine. Ces données sont issues de la facturation des soins de santé délivrés aux bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire.



Propriétés métrologiques

Un indicateur qualité doit respecter certains critères pour qu'il puisse être utilisé de manière optimale. Les deux principaux critères à vérifier sont :

La fiabilité d'un indicateur qui est la capacité d'une mesure à être précise et reproductible. Cela veut dire que l'indicateur est capable de reproduire plusieurs fois le même résultat lorsque la mesure est répétée dans le temps et dans des conditions similaires. La méthodologie développée par l'Agence Intermutualiste est complètement reproductible dans le temps.

Toutefois, certaines pratiques sont plus ou moins répandues dans certaines organisations. Ainsi, la définition de l'indicateur précise que la réadmission doit se faire dans les 7 jours via les urgences. Cependant, les participants à la phase test ont souligné que toutes les réadmissions « urgentes » ne transitent pas par les urgences. Les réadmissions avec passage par les urgences reflètent donc plus ou moins la réalité de la réadmission en urgence. La pratique d'admettre des patients en urgence lors d'une consultation ou directement dans le service sans passer par les urgences varie entre organisation (ou dans le temps), et peut donc impacter la reproductibilité de la mesure.

- La validité d'un indicateur est sa capacité à refléter ce qu'il est censé mesurer et fournir les repères nécessaires à l'appréciation de l'état ou de l'évolution du phénomène mesuré. L'indicateur des réadmissions non planifiées a donc pour objectif de mesurer la qualité des processus de soins permettant d'éviter la réadmission des patients. Cela implique donc qu'il faut pouvoir contrôler la variabilité liée à d'autres facteurs comme la pathologie d'admission des patients, certains facteurs de comorbidités ou encore les caractéristiques socio-démographiques.

Deux méthodes existent pour garantir que la variabilité de l'indicateur reflète la qualité du processus de soins.

- La première est l'utilisation d'un modèle statistique qui contrôle les principaux facteurs non liés à la qualité des soins et ajuste ainsi l'indicateur pour qu'il reflète davantage la qualité des soins.
- La seconde option est de stratifier l'indicateur afin d'analyser les résultats par sous-groupes (par exemple : le secteur d'activité ou encore le profil des patients)

Les représentants des hôpitaux qui ont participé à la phase de test de l'indicateur ont précisé que le contrôle de certaines caractéristiques des patients via la stratification est indispensable pour que l'indicateur puisse être utilisé dans le but de comparer la qualité des soins entre institutions de soins (voir recommandations ci-dessous).

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

La méthodologie développée par l'Agence Intermutualiste pour construire l'indicateur des réadmissions repose sur une standardisation qui garantit une reproductibilité de la mesure (fiabilité du calcul de l'indicateur).



- Toutefois, les acteurs du secteur attirent l'attention sur certaines pratiques qui peuvent varier dans le temps ou selon l'organisation. Il s'agit ici des réadmissions qui ne se font pas via les urgences mais via une consultation chez un médecin généraliste ou en polyclinique, dans un service spécifique de l'hôpital, etc. Ces réadmissions ne sont alors pas incluses dans l'indicateur tel qu'il a été défini. Les acteurs du secteur recommandent de toujours rester conscient de cette pratique lors de l'interprétation des résultats.
- L'indicateur a pour objectif de mesurer la qualité du processus de soins qui permet d'éviter les réadmissions non planifiées. Ainsi, « il est accepté que l'indicateur des réadmissions non planifiées est un proxy de la qualité des soins hospitaliers et en particulier de la préparation/l'information du patient à la sortie »^(3,4). Pour ce faire il est recommandé de réduire la variabilité liée à des facteurs non liés à la qualité des soins.

La première recommandation est de stratifier l'indicateur en trois sous-groupes selon le service de la première admission :

1. Admissions en médecine interne
 2. Admissions en chirurgie
 3. Admissions en chirurgies ambulatoires (ou chirurgies de jour)
4. Dans la mesure du possible les acteurs recommandent également de pouvoir distinguer en médecine interne les admissions oncologiques des admission non oncologiques.

Pour réaliser cela, il faut donner les moyens à l'Agence Intermutualiste de développer une méthodologie permettant de distinguer efficacement ces deux types d'admissions à partir des données de facturation. L'expertise de l'Agence Intermutualiste (AIM) doit être sollicitée pour identifier et tester une telle méthodologie. En effet, l'Agence intermutualiste peut construire des proxys de certaines pathologies sur base des actes médicaux et des médicaments facturés.

- Selon la méthodologie d'utilisation de l'indicateur, le respect du critère de validité de ce dernier peut varier. Voici les recommandations des acteurs du secteur selon les méthodes d'utilisation des indicateurs :
 1. La première méthode consiste à utiliser l'indicateur pour l'amélioration continue des processus de soins au sein d'une même institution. L'analyse des variations de l'indicateur se fait dans le temps et les changements/améliorations sont appréciées au regard des variations propres à chaque système. Des règles statistiques permettent d'analyser les variations dans les données afin de déterminer si elles sont inhérentes au système ou si elles sont liées à des changements significatifs. Les conclusions que l'on tire des analyses ne sont applicables qu'au processus observé et aucune généralisation ne peut être faite pour d'autres unités ou organisations.
Cette approche est moins sensible à l'impact des facteurs non liés à la qualité des soins qui influencent les résultats (ex. profils des patients, etc.). Cette méthode ne nécessite pas un ajustement à d'autres. L'hypothèse est que les facteurs de risques inhérents



aux organisations sont assez stables dans le temps et que leur variabilité est pris en compte dans l'analyse temporelle.

Au regard des différents arguments précités, il est recommandé d'utiliser les indicateurs en interne pour promouvoir les actions d'amélioration et permettre de sensibiliser les équipes de terrain pour qu'elles restent attentives aux conditions pouvant éviter les réadmissions (par exemple, la préparation/l'information du patient avant sa sortie)

2. Les indicateurs qualités peuvent être utilisés via deux méthodes basées sur une comparaison externe.

La première méthode est le benchmarking ou la comparaison d'indicateurs entre organisation de soins ou services/unités.

Le principe est de pouvoir mettre les résultats des différentes organisations en perspective, de comparer les résultats et identifier les bonnes pratiques permettant qui génèrent de bons résultats.

La seconde méthode est la publication des résultats comme moteur à l'amélioration des pratiques.

Pour une utilisation externe (benchmarking et transparence), il est recommandé de contrôler un maximum facteurs qui font varier l'indicateur et qui ne sont pas liés à la qualité des soins. Outre les trois sous-catégories évoquées ci-dessus, l'indicateur doit en plus tenir compte de certains facteurs de risque pouvant être identifiés à partir des données de l'Agence Intermutualiste (AIM). Les acteurs ont proposé d'utiliser les variables suivantes pour standardiser les indicateurs des trois sous-catégories d'admissions :

- La polymédication
- La durée du séjour initial
- Les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, bénéficiaire ou non de l'intervention majorée)

Pour réaliser cet ajustement aux risques externes, il faut donner les moyens à l'Agence Intermutualiste de développer une méthodologie permettant une comparaison optimale. L'expertise de l'Agence Intermutualiste (AIM) doit être sollicitée pour identifier et tester une telle méthodologie.

Bibliographie

1. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/indicatoren-vip2-az-per-domein#ziekenhuisbreed>
2. Fischer C. et al. 2014. "Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence" edited by W.-C. H. Wu. *PLoS ONE* 9(11):e112282. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224424/>).
3. Benbassat, J. et Taragin M. 2000. "Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care: Advantages and Limitations." *Archives of Internal Medicine* 160(8):1074–81. Retrieved (<http://dx.doi.org/10.1001/archinte.160.8.1074>)



4. Union Nationale des Mutualités socialistes, 2013, *PSQ 2013 : "Réadmission non planifiées"* *Rapport global*, Direction des études de la mutualité socialiste, Bruxelles.
5. Wanda W et al., 1991; Readmissions: Are They An Indicator of Quality of Care? <http://ichsr.com/publications/pdf/Readmissions.pdf>



Définitions des indicateurs de qualité en santé mentale



Evaluation à l'admission du risque de comportement agressif

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

La définition de la notion d'agressivité est celle préconisée par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI) est reprise de l'étude de Lardennois et al. (2007). « Etre agressé consiste à rencontrer quelqu'un qui présente des attitudes hostiles ou à subir un comportement destructeur de la part de cette personne. L'agressivité peut s'exprimer de manière physique ou verbale⁽²⁾. Dans le cadre de cette indicateurs, les formes suivantes d'agressivité sont considérées : l'auto-agressivité, l'agressivité envers autrui, l'agressivité envers les objets, l'agressivité sexuelle et l'agressivité verbale⁽¹⁾.

L'indicateur mesure le pourcentage de patients chez qui un risque de comportement agressif a été évalué pendant le séjour (c.a.d. avant, pendant et/ou après la période d'admission) chez tous les patients ayant déjà commis une agression. Un patient à risque est un patient :

- qui est identifié comme tel par une échelle de mesure validée (exemple : l'échelle HCR-20) ;
- qui est reconnu à risque par un infirmier ou un médecin sur base de l'expertise clinique et observationnelle (l'Early Recognition Method peut, par exemple, être aidante) ;
- qui est identifié comme tel lors d'une concertation interdisciplinaire.

Le CFQAI considère que l'application d'une de ces 3 méthodes est un minimum acceptable, bien que, selon Lardennois et al. (2007), les 3 techniques devraient idéalement être utilisées en combinaison.



Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

L'agressivité en psychiatrie impacte le bien-être et la sécurité des patients mais également des soignants. Ces comportements ont également des implications financières considérables⁽¹⁾. Le National Institute for Health and Clinical Excellence ainsi que les résultats d'une étude menée à l'initiative du SPF Santé Publique recommandent prioritairement la présence d'un plan global d'évaluation du risque de comportement agressif et de gestion du risque pour les patients à haut risque^(2,3).

Le choix de l'évaluation du risque de comportement agressif repose sur le constat que la prévention de l'agressivité ne peut être correctement étudiée et améliorée que si l'on peut évaluer son ampleur à partir de données chiffrées. La mesure et la prévention de la violence sont essentielles si l'on souhaite travailler à la qualité des soins. L'évaluation du risque permet d'augmenter l'efficacité de la prévention au travers l'utilisation de ressources appropriées pour les individus qui en ont vraiment besoin et ainsi atteindre un meilleur résultat. En outre, pour les hôpitaux, une comparaison avec d'autres services et institutions permettrait de mener des réflexions internes importantes et d'échanger les pratiques qui tendent à optimiser l'évaluation du risque agressif.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Données collectées par les hôpitaux sur base d'une méthodologie développée par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI).

2. Type d'indicateur

Indicateur de processus.

3. Critères d'inclusion

Les index de lits A, T, IB et K (et For K) sont concernées par l'observation.

4. Critères d'exclusion

Non applicable.

5. Numérateur

Etant donnée qu'il existe une attention particulière accordée au statut des mineurs, le CFQAI fait la distinction entre les index de lits A, T et IB (pour les adultes) et les index de lits K et For K (pour les enfants/adolescents). Cela conduit à la distinction de deux numérateurs :

- A. Nombre de patients, hospitalisés dans les index de lits A, T et IB et ayant déjà commis une agression, chez qui le risque a été évalué au moins pendant la période d'admission (c.a.d. avant, pendant et/ou après la période d'admission) et dont on trouve le résultat de l'évaluation dans le dossier du patient.



- B. Nombre de patients, hospitalisés dans les index de lits K (et For K) et ayant déjà commis une agression, chez qui le risque a été évalué au moins pendant la période d'admission (c.a.d. avant, pendant et/ou après la période d'admission) et dont on trouve le résultat de l'évaluation dans le dossier du patient.

6. Dénominateur

Les données des dénominateurs doivent se référer aux patients des mêmes index de lits que ceux des deux numérateurs :

- A. Nombre de patients présents dans l'institution dans les index de lits concernés (A, T et IB) qui ont déjà commis une agression
- B. Nombre de patients présents dans l'institution dans les index de lits concernés (K et For K) qui ont déjà commis une agression.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

La collecte est réalisée 4 jours par an à 3 mois d'intervalle.

2. Méthodologie de collecte

S'il est opérationnel, le dossier informatisé permet une extraction automatique des informations sur l'évaluation du comportement agressif.

Si le dossier informatisé n'est pas opérationnel, la collecte des données se fait à partir d'un audit de dossiers de la manière suivante :

- déterminer 4 jours de l'année à 3 mois d'intervalle ;
- pour ces jours-là, ouvrir les dossiers des patients hospitalisés dans chacun des index concernés et ayant déjà commis une agression ;
- vérifier si le risque est mentionné, compter le nombre de dossiers positifs (c.a.d. dans lesquels une évaluation du risque est notée). Le risque est mentionné s'il comprend au moins une des trois méthode d'évaluation reprise dans la « définition de l'indicateur » (voir ci-dessus).

3. Groupe cible

Les patients résidents les jours de l'audit dans les index de lits concernés (A, T, IB, K et For K) qui ont déjà commis une agression.

4. Sélection de l'échantillon

L'indicateur est construit à partir de l'observation de tous les dossiers de patients *isolés ou attachés* pendant un jour par trimestre dans les unités détaillées ci-dessus.



5. Enregistrement des données

Un fichier Excel développé par le CFQAI permet d'enregistrer les données collectées sur base du dossier informatisé ou de l'audit des dossiers papier.

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- Il est important de promouvoir l'adoption d'un protocole d'évaluation du risque de comportement agressif dans chaque institution wallonne et bruxelloise. Cette étape est indispensable pour la construction et le suivi de l'indicateur.
- La littérature et le retour des experts ont mis en évidence l'importance de l'évaluation du risque de comportement agressif. Cette mesure évalue la mise en œuvre d'une action dans un processus de soins (indicateur de processus). Ce type d'indicateur est donc peu impacté par des facteurs autres que la qualité des soins (spécificités institutionnelles ou le profil des patients observés).

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Les participants au groupe de test des indicateurs psychiatriques ont mis en exergue une absence de collecte systématisée des informations pour cette première mesure. Sur ce point, le dernier rapport du CFQAI fait état d'un retour de 67% des institutions psychiatriques wallonnes et bruxelloises concernant les mesures demandées par le CFQAI. Parmi les institutions du pays qui ont répondu, environ 15% ont collecté les informations permettant de construire l'indicateur de l'évaluation du risque de comportement agressif. Quels sont les raisons avancées pour expliquer ce taux de réponse ?

La première difficulté est celle du déploiement d'un protocole d'évaluation du risque de comportement agressif. Un tel protocole n'est pas systématiquement mis en place dans toutes les institutions. A cela s'ajoute la diversité des moyens pour atteindre une évaluation du comportement agressif qui se traduit par différentes échelles (Start, HR20, MOAS) et autres méthodes formalisées propres à certaines institutions. Pour encourager la collecte de l'indicateur il est recommandé de promouvoir auprès de l'ensemble des institutions bruxelloises et wallonnes la mise en place d'un protocole permettant d'évaluer le risque de comportement agressif. Peu importe la méthode pour y arriver, l'objectif de l'indicateur est donc d'évaluer la mise en place et l'utilisation d'un protocole d'évaluation du risque de comportement agressif.

Un second point discuté a été celui de la population observée dans le processus d'évaluation. L'indicateur du CFQAI préconise d'évaluer les patients ayant déjà commis une agression. Certaines institutions mettent en place un protocole pour évaluer l'ensemble de leurs patients. La justification de cette pratique est double : d'une part elle permet d'optimiser la gestion des risques et d'autre



part d'éviter de stigmatiser préalablement certains individus par rapport à d'autres. Il est donc important que les institutions puissent préciser le type de population prise en compte dans leur dénominateur.

Un troisième point soulevé lors des échanges est celui de la charge de travail. L'audit journalier de l'ensemble des dossiers peut également être très lourd pour certaines grandes institutions au sein desquelles des centaines de dossiers doivent être passés en revue. Il faut donc laisser l'opportunité d'auditer un échantillon représentatif des dossiers lors des différentes journées d'observation.

Bibliographie

1. Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière. 2013. *Description de l'indicateur : évaluation à l'admission du risque de comportement agressif*. CFQAI4f-PSY version 0.1.
2. Lardennois M. et al. 2007. *Elaboration D'une Directive Pour La Gestion de La Violence En Psychiatrie*. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement (www.health.belgium.be)
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2006. Violence : The short – term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. Londres : Royal College of Nursing. Disponible sur www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byID&r=true&o=10964.
4. Conseil Supérieur de la Santé. 2016 Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale. Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement. CSS n°9193.



Incidence des mesures d'isolement

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

% des isolements de plus de 24h par rapport au total des isolements de la période d'observation

L'*isolement* est le fait de maintenir un patient dans sa propre chambre ou dans un espace isolé fermé. Cela comprend l'ensemble des mesures prises pour que le patient ne soit pas en contact avec d'autres, dans une chambre d'isolement spécifique, dans sa chambre ou éventuellement dans un autre espace. Cet isolement peut être accompagné ou pas d'une mesure de contention⁽¹⁾.

Il faut comptabiliser un seul isolement lorsque le patient peut sortir temporairement, une ou plusieurs fois, de l'espace fermé pour ensuite être à nouveau isolé dans le cadre d'une décision et selon ce qui a été convenu.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Bien qu'il faille éviter au maximum les interventions sous contraintes comme l'isolement, ces pratiques restent rependues dans les institutions de soins psychiatriques⁽²⁾. L'isolement doit être pratiqué à titre « exceptionnel et temporaire comme mesure de protection et dernier recours en cas d'incapacité, de danger et d'absence de toute mesure alternative »⁽³⁾.

Des différences existent en ce qui concerne l'incidence de patients isolés et la durée des isolements entre différents pays européens⁽³⁾ et parfois même entre unités d'un même pays. Dans un tiers des unités belges enquêtées plus de 50% des patients sont isolés en chambre fermée alors que dans deux tiers moins de 50% des patients sont isolés⁽²⁾. « Ces différences indiquent, qu'au-delà de la psychopathologie individuelle du patient, les habitudes de chaque service



influencent l'usage de ces mesures. Il y a donc là un potentiel pour une amélioration de la qualité de l'utilisation des mesures coercitives »⁽³⁾.

La littérature préconise également la nécessité de collecter des données sur les isolements ainsi que « la mise en place d'un cycle d'amélioration continue en tant que stratégies de prévention concernant l'application des mesures de contrainte »⁽¹⁾.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Données collectées par les hôpitaux sur base d'une méthodologie développée par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI).

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat.

3. Critères d'inclusion

Etant donné qu'il est peu probable que des mesures d'isolement soient prises pour des patients en hospitalisation partielle, il est préférable de ne tenir compte que des journées d'hospitalisation réalisées dans le cadre d'une hospitalisation résidentielle. Il s'agit des patients qui résident dans les index de lits A, T, IB et K (et For K)

4. Critères d'exclusion

- Les isolements pour des raisons infectieuses ;
- Les isolements à la demande du patient.

5. Numérateur

Etant donnée qu'il existe une attention particulière accordée au statut des mineurs dans la législation et les traités nationaux et internationaux il a été décidé de distinguer les services A et T (pour les adultes) des services K (pour les enfants/adolescents). Deux numérateurs distincts sont donc collectés :

- A. Nombre total d'isolements de plus de 24h (pour les index de lits A, T et IB) durant la période de référence ;
- B. Nombre total d'isolements de plus de 24 h (pour les index de lits K et For K) durant la période de référence.

6. Dénominateur

Deux dénominateurs sont collectés pour répondre à la distinction faite pour le numérateur :

- A. Nombre total d'isolements (pour les index de lits A, T et IB) durant la période de référence ;



B. Nombre total d'isolements (pour les index de lits K et For K) durant la période de référence.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

La période de référence est la période sur laquelle portent les données du numérateur et du dénominateur. Les données collectées couvrent une année civile.

2. Méthodologie de collecte

Pour chaque mesure d'isolement les institutions enregistrent notamment la date et l'heure de début de l'isolement ainsi que la suspension de la mesure. LE CFQAI recommande d'identifier les durées de l'isolement en trois catégories :

- Nombre d'isolements d'une durée ≤ 3 heures ;
- Nombre d'isolements d'une durée >3 heures à ≤ 24 heures ;
- Nombre d'isolements d'une durée >24 heures.

S'il est opérationnel, le dossier informatisé permet une extraction automatique des informations. Si le dossier informatisé n'est pas opérationnel, la collecte est réalisée en continue durant la période de référence à partir des documents dans lesquels sont notifiés les isolements.

3. Groupe cible

L'ensemble des patients résidant dans les index de lits A, T, IB et K (et For K) durant l'année d'observation sont concernés par la mesure.

4. Sélection de l'échantillon

L'ensemble des patients qui ont résidés dans les services résidentiels concernés sont pris en compte dans le calcul de l'incidence des isolements.

5. Enregistrement des données

Un fichier Excel développé par le CFQAI permet d'enregistrer les données collectées sur base du dossier informatisé ou de l'audit des dossiers papier.

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- Les différences dans les pratiques de notification et de collecte des données peuvent toujours influencer la fiabilité des résultats d'un indicateur. Toutefois, l'effet de ces pratiques semble limité pour l'indicateur de surveillance des isolements ;



- Le retour des acteurs institutionnels a mis en évidence l'importance de travailler à la réduction de la durée des isolements. Ce type d'indicateur n'est donc peu impacté par les spécificités institutionnelles ou par le profil des patients observés.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Initialement, l'indicateur retenu était celui de l'incidence des mesures d'isolement. Ce dernier était obtenu en divisant le nombre d'isolements par le nombre de journées d'hospitalisation⁽¹⁾. Cet indicateur avait pour but d'évaluer le degré avec lequel des mesures d'isolement sont prises.

À partir des résultats rapportés par les institutions volontaires, les acteurs hospitaliers ont souligné la difficulté d'évaluer la qualité des soins en se basant sur une comparaison des incidences des mesures d'isolement. Le principal problème est le profil des patients qui peut varier d'une institution à l'autre et qui va impacter l'incidence des mises en isolement et en contention. L'évolution du profil des patients peut également impacter les résultats des plus petites institutions provoquant des variations indépendantes de la qualité des soins prodigués. Une telle mesure nécessite donc un ajustement au profil de risque des patients observés ce qui est actuellement difficile à mettre en œuvre.

Les acteurs préconisent donc de travailler à la réduction des durées des isolements et contentions. Sur base des données collectées pour répondre aux demandes d'indicateurs du CFQAI il est possible de calculer la part des isolements ou contentions d'une durée de 0 à 3 heures, de 3h à 24h et de plus de 24h pour chacune des deux procédures (isolement et contention). Dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, les institutions doivent autant que possible réduire la durée de leurs mesures de privation de liberté. Dans cette perspective la proportion des isolements de plus de 24h par rapport au total respectif de ces privations de liberté est un indicateur sur lequel les institutions peuvent travailler à partir de la méthodologie de l'amélioration continue. Cet indicateur n'existe pas parmi ceux proposés par le CFQAI mais les données collectées permettent de le calculer.

Dans une perspective d'élargissement du set d'indicateurs il serait intéressant de travailler sur la thématique des motifs des privations de la liberté. Dans un souci d'harmonisation, il serait également nécessaire de revenir sur la définition des concepts des différents motifs.

Bibliographie

1. Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière. 2013. *Description de l'indicateur : Incidence des mesures d'isolement dans les services résidentiels*. CFQAI 3h-PSY version 0.1.
2. Lardennois M. et al. 2007. *Elaboration D'une Directive Pour La Gestion de La Violence En Psychiatrie*. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement (www.health.belgium.be)
3. Conseil Supérieur de la Santé. 2016 Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale. Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement. CSS n°9193
4. Steinert T. et al. 2010. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Vol. 45 Issue 9, p889-897.



Incidence des mesures de contention

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

% de contentions de plus de 24h par rapport au total des contentions de la période d'observation

La *contention* est entendue comme étant toutes les mesures relatives à l'installation et l'utilisation de moyens de contention et de protection par lesquels tout ou une partie du corps est immobilisé(e) dans le but d'obtenir la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté à la situation⁽¹⁾.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Bien qu'il faille éviter au maximum les interventions sous contraintes comme la mise en contention, ces pratiques restent rependues dans les institutions de soins psychiatriques⁽²⁾. La contention doit être pratiquée à titre « exceptionnel et temporaire comme mesure de protection et dernier recours en cas d'incapacité, de danger et d'absence de toute mesure alternative »⁽³⁾.

Certaines études ont constaté des différences dans l'incidence de patients contentonnés entre pays^(3,4) et parfois même entre unités d'un même pays⁽³⁾. Ainsi, la maîtrise physique est pratiquée pour plus de la moitié des patients dans 30% d'unités belges enquêtées au milieu de la décennie 2000⁽²⁾. « Ces différences indiquent, qu'au-delà de la psychopathologie individuelle du patient, les habitudes de chaque service influencent l'usage de ces mesures. Il y a donc là un potentiel pour une amélioration de la qualité de l'utilisation des mesures coercitives »⁽³⁾.

La littérature préconise également la nécessité de collecter des données sur la contention ainsi que « la mise en place d'un cycle d'amélioration continue en tant que stratégies de



prévention concernant l'application des mesures de contrainte »⁽¹⁾.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Données collectées par les hôpitaux sur base d'une méthodologie développée par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI).

2. Type d'indicateur

Indicateur de résultat.

3. Critères d'inclusion

Etant donné qu'il est peu probable que des mesures de contentions soient prises pour des patients en hospitalisation partielle, il est préférable de ne tenir compte que des journées d'hospitalisation réalisées dans le cadre d'une hospitalisation résidentielle. Il s'agit des patients qui résident dans les index de lits A, T, IB et K (et For K).

4. Critères d'exclusion

Les patients qui ont été soumis à une contention pour des raisons orthopédiques ou fonctionnelles.

5. Numérateur

Etant donnée qu'il existe une attention particulière accordée au statut des mineurs dans la législation et les traités nationaux et internationaux il a été décidé de distinguer les services A et T (pour les adultes) des services K (pour les enfants/adolescents). Deux numérateurs distincts sont donc collectés :

- A. Nombre total de contentions de plus de 24h (pour les index de lits A, T et IB) durant la période de référence ;
- B. Nombre total de contentions de plus de 24h (pour les index de lits K et For K) durant la période de référence.

6. Dénominateur

Deux dénominateurs sont collectés pour répondre à la distinction faite pour le numérateur :

- A. Nombre total de contentions (pour les index de lits A, T et IB) durant la période de référence ;
- B. Nombre total de contentions (pour les index de lits K et For K) durant la période de référence.



Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

La période de référence est la période sur laquelle portent les données du numérateur et du dénominateur. Les données collectées couvrent une année civile.

2. Méthodologie de collecte

Pour chaque mesure d'isolement les institutions enregistrent notamment la date et l'heure de début de l'isolement ainsi que la suspension de la mesure. Le CFQAI recommande d'identifier les durées de la contention en 3 catégories :

- Nombre de contentions d'une durée ≤ 3 heures ;
- Nombre de contentions d'une durée >3 heures à ≤ 24 heures ;
- Nombre de contentions d'une durée >24 heures.

S'il est opérationnel, le dossier informatisé permet une extraction automatique des informations. Si le dossier informatisé n'est pas opérationnel, la collecte est réalisée en continue durant la période de référence à partir des documents dans lesquels sont notifiés les contentions.

3. Groupe cible

L'ensemble des patients résidant dans les index de lits A, T, IB et K (et For K) durant l'année d'observation sont concernés par la mesure.

4. Sélection de l'échantillon

L'ensemble des patients qui ont résidés dans les services résidentiels concernés sont pris en compte dans le calcul de l'incidence des contentions.

5. Enregistrement des données

Un fichier Excel développé par le CFQAI permet d'enregistrer les données collectées sur base du dossier informatisé ou de l'audit des dossiers papier.

Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- Les différences dans les pratiques de notification et de collecte des données peuvent toujours influencer la fiabilité des résultats d'un indicateur. Toutefois, l'effet de ces pratiques semble limité pour l'indicateur de surveillance des contentions ;
- Le retour des acteurs institutionnels a mis en évidence l'importance de travailler à la réduction de la durée des contentions. Ce type d'indicateur n'est donc peu impacté par les spécificités institutionnelles ou par le profil des patients observés.



Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Initialement, l'indicateur retenu était celui de l'incidence des mesures de contention. Ce dernier était obtenu en divisant le nombre de contentions par le nombre de journées d'hospitalisation⁽¹⁾. Cet indicateur avait pour but d'évaluer le degré avec lequel des mesures de contention sont prises.

À partir des résultats rapportés par les institutions volontaires, les acteurs hospitaliers ont souligné la difficulté d'évaluer la qualité des soins en se basant sur une comparaison des incidences des mesures de contention. Le principal problème est le profil des patients qui peut varier d'une institution à l'autre et qui va impacter l'incidence des mises en contention. Une telle mesure nécessite donc un ajustement au profil de risque des patients observés ce qui est actuellement difficile à mettre en œuvre.

Les acteurs préconisent donc de travailler à la réduction des durées des isolements et contentions. Sur base des données collectées pour répondre aux demandes d'indicateurs du CFQAI il est possible de calculer la part des isolements ou contentions d'une durée de 0 à 3 heures, de 3h à 24h et de plus de 24h pour chacune des deux procédures (isolement et contention). Dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, les institutions doivent autant que possible réduire la durée de leurs mesures de privation de liberté. Dans cette perspective la proportion des isolements de plus de 24h par rapport au total respectif de ces privations de liberté est un indicateur sur lesquels les institutions peuvent travailler à partir de la méthodologie de l'amélioration continue.

Cet indicateur n'existe pas parmi ceux proposés par le CFQAI mais les données collectées permettent de le calculer.

Dans une perspective d'élargissement du set d'indicateurs il serait intéressant de travailler sur la thématique des motifs des privations de la liberté. Dans un souci d'harmonisation, il serait également nécessaire de revenir sur la définition des concepts des différents motifs.

Bibliographie

2. Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière. 2013. *Description de l'indicateur : Incidence des mesures de contention dans les services résidentiels*. CFQAI 3k-PSY version 0.1.
3. Lardennois M. et al. 2007. *Elaboration D'une Directive Pour La Gestion de La Violence En Psychiatrie*. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement (www.health.belgium.be)
4. Conseil Supérieur de la Santé. 2016 *Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale*. Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement. CSS n°9193.
5. Steinert T. et al. 2010. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Vol. 45 Issue 9, p889-897.



Surveillance des isolements et contentions

Table des matières

Définition de l'indicateur

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données
2. Type d'indicateur
3. Critères d'inclusion
4. Critères d'exclusion
5. Numérateur
6. Dénominateur

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte
2. Méthodologie de collecte
3. Groupe cible
4. Sélection de l'échantillon
5. Enregistrement des données

Propriétés métrologiques

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

Bibliographie

Définition de l'indicateur

% de patients isolés ou attachés chez qui la surveillance a été effectuée dans les cinq domaines suivants :

- La respiration : se note en termes de fréquence respiratoire et de caractéristiques de cette respiration (rythme, amplitude, bruit), de coloration de la peau, voire de saturation en O₂.
- L'hygiène : se note en termes d'observation visuelle (qualité de l'hygiène), d'intégrité de la peau, d'odeur, ainsi que de son degré d'indépendance.
- L'élimination (urinaire et digestive) : se note en termes de fréquence et de caractéristiques (odeur, couleur, quantité, consistance, dépôt) des excréments, de continence, de présence de diarrhée ou de constipation, et du degré d'indépendance.
- L'alimentation (y compris hydratation) : se note en termes de fréquence et quantité des ingestats, mastication, déglutition et de son degré d'indépendance.
- La mobilité : se note en termes de fréquence et amplitude des mouvements, de tonus musculaire, équilibre, posture, souplesse, et degré d'indépendance.

Pour le CFQAI les termes contention et isolement se définissent de la manière suivante :

La contention est entendue comme étant toutes les mesures relatives à l'installation et l'utilisation de moyens de contention et de protection par lesquels tout ou une partie du corps est immobilisé(e) dans le but d'obtenir la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté à la situation.

L'isolement est le fait de maintenir un patient dans sa propre chambre ou dans un espace isolé et fermé. Cela comprend



l'ensemble des mesures prises pour que le patient ne soit pas en contact avec d'autres, dans sa chambre ou dans une chambre d'isolement spécifique, avec ou sans contention.

Données de la littérature, relation de l'indicateur avec la notion de qualité

La mise en contention ou en isolement sont des pratiques rependues en psychiatrie⁽²⁾. En 2007 la Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI) recommandait que toute contention ou isolement soit soumis à une surveillance. En parallèle, le Conseil Supérieur de la Santé (2016) recommande « le recours à l'isolement ne doit intervenir que sous contrôle médical et doit être consigné par écrit » et plus généralement un « traitement sous contrainte doit être arrêté par écrit et doit également être réévalué à intervalles réguliers »⁽³⁾

Cet indicateur vise à améliorer le suivi des patients isolés et contentionnés afin de leur garantir et de leur fournir les soins les plus adaptés à l'évolution de leur situation. Cet indicateur vise également à sensibiliser les praticiens quant à la surveillance des patients chez qui on utilise la contention et l'isolement⁽¹⁾.

Définition technique de l'indicateur

1. Source des données

Données collectées par les hôpitaux sur base d'une méthodologie développée par le Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI).

2. Type d'indicateur

Indicateur de processus.

3. Critères d'inclusion

Patients hospitalisés dans les index de lits suivants : A, T, IB, K (et For K), Sp6 (psycho-gériatrie).

4. Critères d'exclusion

- Isolements pour des raisons infectieuses ;
- Les patients qui ont été soumis à une contention pour des raisons orthopédiques ou fonctionnelles.

5. Numérateur

Nombre de patients attachés/isolés chez qui la surveillance a été effectuée et dont on trouve les 5 types de résultats dans le dossier (voir définition de l'indicateur)

Lors de la phase test l'indicateur il a été proposé de modifier l'indicateur qualité en proposant un nombre minimum d'items à vérifier selon la durée de la privation de liberté (voir les recommandations)



ci-dessous). Pour ce faire il faut pouvoir modifier le protocole de collecte du CFQAI pour faire le lien entre la durée de ces deux types de privations de liberté et le nombre minimum d'items à vérifier lors des audits.

6. Dénominateur

Nombre de patients attachés ou isolés ces jours-là dans les secteurs concernés.

Protocole de mesure

1. Fréquence de la collecte

La collecte est réalisée 4 jours de l'année à 3 mois d'intervalle.

2. Méthodologie de collecte

S'il est opérationnel, le dossier informatisé permet une extraction automatique de ce type d'information.

Etant donné que toute contention et/ou isolement fait l'objet d'un enregistrement, il est possible de vérifier dans les dossiers des patients concernés si une surveillance adéquate a été effectuée. La collecte des données se fait de la manière suivante :

- Déterminer 4 jours de l'année à 3 mois d'intervalle ;
- Ouvrir les dossiers de patients hospitalisés dans les index de lits suivants : A, T, IB, K (et For K), Sp6 (psycho-gériatrie) ;
- Vérifier si le patient a bénéficié d'une contention ou d'un isolement lors des 24h précédentes ;
- Dans les dossiers des patients concernés (ayant été attachés ou isolés), vérifier si une note infirmière décrit la respiration, l'hygiène, l'élimination, l'alimentation et la mobilité du patient durant ces dernières 24h ;
- Compter le nombre de dossiers positifs où les 5 types d'évaluations apparaissent.

3. Groupe cible

Les patients isolés ou contentionnés résidant dans les index de lits suivants : A, T, IB, K (et For K), Sp6 (psycho-gériatrie).

4. Sélection de l'échantillon

L'indicateur est construit à partir de l'observation de tous les dossiers de patients *isolés ou attachés* pendant un jour par trimestre dans les unités détaillées ci-dessus.

5. Enregistrement des données

Un fichier Excel développé par le CFQAI permet d'enregistrer les données collectées sur base du dossier informatisé ou de l'audit des dossiers papier.



Propriétés métrologiques

L'utilisation externe d'un indicateur (benchmarking ou publication) doit s'assurer de la fiabilité et de la validité de la mesure :

- Les différences dans les pratiques de notification et de collecte des données peuvent toujours influencer la fiabilité des résultats d'un indicateur. Toutefois, l'effet de ces pratiques semble limité pour l'indicateur de surveillance des isolements et contentions ;
- La littérature et le retour des experts ont mis en évidence l'importance de la surveillance de ces types de privations de liberté. Cette mesure évalue la mise en œuvre d'une action dans un processus de soins (indicateur de processus). Ce type d'indicateur est donc peu impacté par des facteurs non liés à la qualité des soins (spécificités institutionnelles ou le profil des patients observés). Par contre, la durée des privations de liberté peut avoir un impact (voir les recommandations ci-dessous). Les acteurs institutionnels recommandent donc de modifier l'indicateur en proposant un nombre minimum d'items à vérifier selon la durée de ces deux types de privations de liberté.

Recommandations d'utilisation et d'interprétation

L'indicateur des surveillances propose de surveiller 5 items parmi les patients isolés ou contentonnés. Le groupe qui a testé les indicateurs a mis en évidence la pertinence et la cohérence des 5 items à vérifier pour chaque mise en isolement ou contention. S'il est pertinent de vérifier les 5 items pour des privations de liberté de plus de 24h cela l'est moins pour des périodes plus courtes. Ainsi, un isolement ou une contention peut prendre fin alors que le plan de surveillance a été respecté et que l'ensemble des 5 items n'ont pas tous été vérifiés. Les institutions avec des isolements ou contentions de courte durée auront un risque plus élevé de ne pas surveiller les 5 items. Cela impactera négativement leurs résultats alors qu'une surveillance adaptée à la durée de ces deux types de privations de liberté existe. Le groupe a donc proposé de modifier l'indicateur qualité en proposant un nombre minimum d'items à vérifier selon la durée :

- Isolement ou contention de 0h à 3h → vérification d'au moins 1 item ;
- Isolement ou contention de 3h à 24h → vérification d'au moins 3 items ;
- Isolement ou contention de plus de 24h → vérification des 5 items.

Cette proposition nécessite de modifier le protocole de collecte proposé par le CFQAI puisque ce dernier ne prévoit pas d'adapter le nombre d'items à vérifier selon la durée de la contention ou de l'isolement. Soulignons que pour les isolements ou contentions de plus de 24h les 5 items doivent être vérifiés.

Précisons que certaines institutions mettent en place des protocoles de surveillance avec des items supplémentaires pertinents à vérifier en fonction des circonstances de ces deux types de privations de liberté. Il pourrait être intéressant d'améliorer l'indicateur en ajoutant de nouveaux items pertinents à vérifier lors des isolements ou contentions.



Bibliographie

1. Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière. 2013. Description de l'indicateur : Surveillance des isolements et contentions. CFQAI 3f-PSY version 0.1
2. Lardennois M. et al. 2007. Elaboration D'une Directive Pour La Gestion de La Violence En Psychiatrie. Bruxelles: Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et de l'Environnement (www.health.belgium.be)
3. Conseil Supérieur de la Santé. 2016 Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale. Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement. CSS n°9193



Conclusions

La sélection des indicateurs, la construction des définitions et la production de recommandations d'utilisation et d'interprétation sont le fruit d'un travail collaboratif entre acteurs du secteur des soins de santé bruxellois et wallon. Les points de vue d'experts, des opérateurs impliqués dans la construction des indicateurs mais également les retours des acteurs du terrain ont été coordonnés par la PAQS pour déboucher sur la rédaction de ce rapport.

L'expertise acquise lors des différentes collaborations montre que l'utilisation optimale d'indicateurs qualité n'est pas une chose simple. Durant les phases test, les acteurs institutionnels ont rappelé qu'une utilisation inadéquate de certains indicateurs pourrait mettre à mal certaines initiatives bien implantées dans le secteur hospitalier. Ainsi, certains indicateurs doivent faire l'objet d'une validation externe pour assurer une fiabilité et une validité nécessaires pour une publication et une comparaison des résultats. Les recommandations des acteurs institutionnels vont dans ce sens. Elles mettent bien en évidence le travail de validation qu'il reste à faire pour une utilisation externe des indicateurs. Parallèlement, les initiatives retenues dans ce rapport ont progressivement contribué à sensibiliser les acteurs du terrain au suivi d'indicateurs et à la nécessité d'améliorer leurs pratiques. Il est donc important de continuer à promouvoir une utilisation interne des indicateurs destinée à suivre les démarches d'amélioration continue.

Suite à ce rapport, il est nécessaire de s'interroger sur le rôle que jouera la PAQS dans les prochaines étapes liées à ce set. Faut-il accompagner les institutions dans la mise en place d'actions d'amélioration ou le rôle de la PAQS doit-il s'étendre à d'autres aspects ? On pense notamment au rôle de centralisation des données, à l'analyse de ces dernières, au feedback vers les institutions et les autorités, aux moyens de coordonner les initiatives de validation externe et de communiquer les résultats vers l'extérieur.

Durant les sessions de travail, les acteurs du secteur ont évoqué à plusieurs reprises leur intérêt d'approfondir les thématiques déjà retenues mais également d'en ajouter de nouvelles. Il faut donc lancer une réflexion sur l'opportunité (la nécessité) d'élargir le set et de le « spécialiser » sur un certain nombre de pathologies ou thématiques. L'objectif étant d'avoir une vision la plus exhaustive possible de la qualité des soins permettant dès lors d'agir au mieux sur celle-ci.



Éditeur responsable
Denis Herbaux, PAQS ASBL
Clos Chapelle-aux-Champs, 30 – Bte 1.30.30
1200 Bruxelles

AVEC LE SOUTIEN DE



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES



RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE
BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST



Wallonie