

## Belgique: «No blame no shame»

Alors que démarre une nouvelle campagne sur l'hygiène à l'hôpital (lire notre dernière édition), un projet de loi est en préparation chez Laurette Onkelinx qui encadrera, dans un esprit très positif («no blame no shame»), les progrès de la Santé publique dans la collecte des événements indésirables en hôpital et dans le développement d'une culture de sécurité du patient. Avec la collaboration des médecins. Explications avec Christiaan Decoster, directeur général du SPF Santé publique.

**C**ontrairement aux apparences, la Belgique a pris, voici quelques années, à bras-le-corps la problématique des accidents évitables en hôpital et, d'une façon plus générale, l'approche de la sécurité des patients. Sous Rudy Demotte, une enveloppe de 7 millions a été dégagée au total, pour encourager les hôpitaux à développer cette culture. «Un questionnaire a été envoyé dans les hôpitaux, explique Christiaan Decoster. Tous les prestataires pouvaient y participer. Nous avons reçu 53.000 réponses, de médecins et, majoritairement, d'infirmières. En 2007 et 2008, nous avons organisé une Semaine de la Sécurité du patient qui a connu un succès réel même si on en a peu parlé dans les médias».

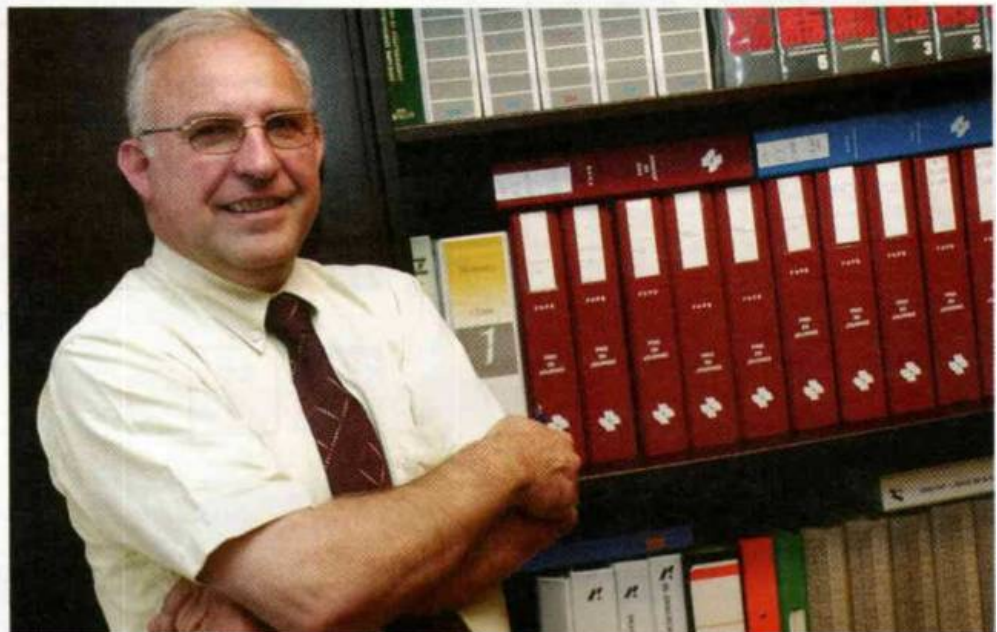
Après l'étape de la sensibilisation, place à la collecte. Le Conseil national des établissements hospitaliers va demander aux hôpitaux de se lancer dans

une collecte des événements indésirables. Une Loi est d'ailleurs en préparation chez Laurette Onkelinx. «L'optique choisie est le 'no blame no shame', rassure Decoster. On ne culpabilise personne. On cherche à comprendre comment c'est arrivé en mettant au point une 'cause route analysis' (analyse causale et traçabilité).

*L'objectif n'est pas la sanction, mais le remède. Les données récoltées ne seront pas nominatives. L'idée n'est pas de publier un palmarès des hôpitaux et les mettre sur un podium!»*

### Base volontaire

L'initiative prend la forme d'une convention sur base volontaire



Christiaan Decoster: «On ne culpabilise personne. On cherche à comprendre».

pour ne pas «apeurer» les institutions. Les hôpitaux aigus ont répondu à quasi 100% tandis que les hôpitaux psychiatriques sont moins pressés de participer.

Parallèlement, sur le modèle des USA et du Danemark, 13 «recueils de soins» («care bundles») vont être mis au point en collaboration avec le Pr Vleugels (KU Leuven). «Le premier consiste à mettre en place, à l'intérieur de l'hôpital, une équipe médicale d'urgence (MET - medical emergency team) qui puisse circonscrire rapidement l'incident et, surtout, l'éviter lorsqu'il s'agit de ce que les Américains appellent un 'near incident'. L'hôpital universitaire de Gand et celui de Leuven s'y sont déjà mis.»

### Indicateurs de sécurité

Parallèlement, 20 indicateurs de sécurité sont à l'étude à l'Hôpital universitaire de Liège, sous la responsabilité du Pr Pierre Gillet. «L'objectif est un feedback systématique aux hôpitaux sans publication nominative». Pour ce faire, une personne ressource au sein de chaque hôpital est indispensable. Pour l'instant, il existe déjà des médiateurs hospitaliers, mais leur indépendance est remise en question dans un rapport récent remis à la Fondation Roi Baudouin (*Etude exploratoire de la médiation hos-*

*pitalière*, décembre 2008). Son constat est pessimiste: «Les médiateurs hospitaliers sont encore trop rares. Ils passent leur temps à traiter des plaintes n'ayant rien à voir avec la qualité des soins (parking, qualité des repas...), sapant leur autorité morale. La question de l'indépendance de la fonction de médiation est remise en question quand, par exemple, les fonctions de la médiation sont exercées par un membre de la direction.»

### Avec les médecins

Trois autres thèmes qui occupent la Santé publique sont la médication (prescription électronique dans les hôpitaux pour éviter les erreurs), la traçabilité du sang (pour éviter la contamination) et l'hygiène. «Sur ce dernier point, nous démarrons une nouvelle campagne cette semaine autour notamment de l'hygiène des mains, reprend Christiaan Decoster. La participation des médecins est cruciale mais insuffisante pour le moment.» Enfin, la lutte contre les résistances aux antibiotiques se poursuit. «Nous avons obtenu une baisse de 50% contre le MRSA. C'est encourageant, mais il faut poursuivre...»

«Tout ceci n'est pas dirigé contre les médecins et les soignants, que du contraire, conclut Decoster. Leur collaboration, je le répète, est cruciale.»

N. d. P.

## 2.500 infections par an

En Belgique, il n'existe pas encore d'étude systématique sur les événements indésirables (lire ci-contre). Tout au plus le Centre fédéral d'expertise s'est-il penché sur les «adverse events» (l'équivalent des événements indésirables à la Française) sur base des admissions dans une série d'hôpitaux belges. Et met le doigt sur les difficultés d'une telle entreprise.

Le KCE recommande d'analyser, pour éviter ces AE, les données administratives des hôpitaux, car «la vérification rigoureuse et systématique de tous les dossiers médicaux prendrait trop de temps». Hélas, ces données administratives «manquent de précision: les AE dus au manque de soins sont comptés avec ceux préexistants à l'admission. On ne sait pas toujours si on a affaire à un AE ou une complication causée par la maladie du patient». En utilisant, via les RCM, une série d'indicateurs (comme la pneumonie nosocomiale et les plaies de décubitus) peu susceptibles d'avoir été contractés avant l'admission, le KCE conclut qu'aucun de ces critères ne permet de mesurer précisément le nombre d'événements indésirables.

La seule chose que l'on sait, c'est qu'il y a environ 107.500 infections hospitalières par an en Belgique et ce, uniquement dans les hôpitaux aigus. Par ailleurs, le nombre de décès directement liés à une infection hospitalière est estimé entre 2.500 à 3.000 par an.

N. d. P. avec V. C.