

service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Directorat Général Organisation des établissements de soins (DG1)
Service Soins Aigus, chroniques et aux personnes âgées

Rapport d'activités du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI) sur la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux belges de mars 2009 à juin 2011.

Comment citer ce rapport ?

"Rapport d'activités du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI) sur la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux belges de mars 2009 à juin 2011", SPF Santé Publique, Sécurité Chaine Alimentaire et Environnement, Bruxelles, mai 2012, 35p.

service public fédéral
**SANTÉ PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**



federale overheidsdienst
**VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

Directorat Général Organisation des établissements de soins (DG1)
Service Soins Aigus, chroniques et aux personnes âgées

**Rapport d'activités du Conseil Fédéral pour la Qualité de
l'Activité Infirmière (CFQAI) sur la qualité de l'activité
infirmière dans les hôpitaux belges de mars 2009 à juin
2011.**

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| 1. Introduction | 4 |
| 2. Composition du conseil..... | 6 |
| 3. Missions et vision du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière..... | 7 |
| 3.1. Missions du Conseil..... | 7 |
| 3.2. Vision du Conseil sur sa mission d'évaluation : "Regarder et apprendre des indicateurs de soins." | 9 |
| 4. Préoccupations du secteur en matière d'évaluation de la qualité | 11 |
| 5. Utilisation des résultats de l'enquête par le Conseil..... | 25 |
| 6. Perspectives..... | 28 |
| 7. Conclusions..... | 33 |
| Annexes..... | 35 |

1. Introduction

Le 16 mars 2009, le Conseil fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière (CFQAI) fut installé officiellement par la Ministre de la Santé Publique, Madame Onkelinx. De ce fait, l'évaluation tant interne qu'externe de la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux qui est obligatoire sur le plan légal depuis le mois d'avril 2007 peut devenir concrètement encadrée et accompagnée.

Depuis son installation, le CFQAI se réunit environ tous les 2 mois en réunion plénière et organise aussi des groupes de travail.

Le premier travail du Conseil a consisté en la rédaction d'un Règlement d'Ordre Intérieur qui a été approuvé par la ministre.

Ensuite le Conseil a constitué 3 groupes de travail :

- thèmes et indicateurs de la qualité infirmière,
- communication et rapport annuel sur la qualité,
- développement de l'aspect scientifique de la profession.

Au début de l'année 2010 le Conseil a rendu un premier avis à la Ministre Onkelinx sur les moyens alloués à la recherche infirmière (voir annexe).

En mars 2010 le Conseil a écrit à tous les chefs de départements infirmiers afin d'obtenir leur rapport annuel sur la qualité de l'activité infirmière dans leur département. Fournir ce rapport annuel au Conseil est une obligation légale depuis 2007¹, seuls 15 hôpitaux (sur 200) ne l'ont pas fait – ces informations ont été transmises pour information à la ministre.

Les rapports des hôpitaux ont été traités durant le dernier semestre 2010.

Sur base de ces rapports basés sur un questionnaire, le Conseil a été en mesure de déterminer **quelles sont les priorités** dans le développement de la qualité de soins dans les départements infirmiers du pays. Il dispose également des **besoins en ressources et en soutien émanant des départements infirmiers**.

Ces constatations sont maintenant rapportées aux différentes autorités et le Conseil ambitionne de commencer à lancer des projets de support à l'amélioration des pratiques professionnelles infirmières dans les hôpitaux...

Depuis 2010 le Conseil et la Cellule "Patient Quality – Safety" du SPF Santé Publique ont également mis en place un protocole d'échange systématique d'informations afin d'augmenter les synergies entre eux et d'éviter au maximum les redondances éventuelles entre leurs projets. On visera donc, dans le cadre de leurs missions respectives, une complémentarité.

Aider rapidement ce Conseil à remplir ses missions représente une importante opportunité pour la profession. Les départements infirmiers peuvent démontrer qu'ils produisent des activités de soins de qualité. A notre époque, la plainte subjective de ne pas y arriver, de manquer de personnel ou de moyens ne suffit plus. C'est uniquement sur base de chiffres et de faits concrets que les autorités peuvent prendre des décisions. Par ailleurs, l'impact des décisions (modification de normes ou de budget par exemple) doit pouvoir être mesuré en termes de qualité des soins. Demander des moyens pour améliorer les choses est plus facile si

¹ Arrêté Royal du 27/04/2007, MB 04/06/2007, relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux.

vous pouvez garantir que celui qui finance pourra vérifier le return sur investissement. Il est donc important que les départements infirmiers collaborent et participent aux actions du conseil. La plupart d'entre eux ont compris le bien fondé. Par exemple, en mars 2011, une journée de feed-back pour discuter des rapports a été organisée par le Conseil à laquelle plus de 200 représentants de départements infirmiers hospitaliers ont participé.

A plus long terme le Conseil aura certainement un impact sur la professionnalisation du métier infirmier. Il va mettre en avant la recherche infirmière, la recherche des pratiques de soins plus efficaces, la diffusion des bons exemples. Par ce biais, il espère également permettre à certains collègues de se lancer dans des carrières académiques. Finalement, ce qui est visé est que les gestes posés par les infirmiers et infirmières soit scientifiquement fondés et prouvés comme efficaces. Il est nécessaire de centrer la profession sur la valeur ajoutée que cette dernière apporte au système.

La participation à l'évaluation interne et externe de la qualité de nos soins a donc toute son importance.

Le présent rapport retrace les missions de ce conseil, sa vision de l'évaluation de la qualité de l'activité infirmière, la méthode utilisée en 2010, les résultats obtenus, la sélection des thèmes prioritaires pour les années à venir et les indicateurs d'évaluation choisis, et finalement les actions futures envisagées.

Nous vous en souhaitons une bonne lecture.

Pour le CFQAI
Miguel Lardennois, inf.
Coordinateur.

2. Composition du conseil

Qui sont les membres du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière ?

Conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 27/4/2007, le Conseil se compose uniquement d'infirmiers et infirmières... mais il peut inviter des experts et représentants d'autres professions.

Les 25 membres ont suivi une formation en management de la qualité ou en recherche scientifique et ont au moins 5 ans d'expérience.

Une représentativité assez large est prévue puisque, en dehors du coordinateur qui est un fonctionnaire, ces infirmiers et infirmières sont issus des hôpitaux (12, dont 4 chefs de département infirmier), des universités (8), du CNAI (2), et du CNEH (2) – il y a aussi une parité linguistique.

Les membres sont issus de toutes les régions et de tous les hôpitaux à statuts différents.

Les mandats sont de 6 ans, renouvelables une seule fois.

| Membres Effectifs | Fonction | Membres Suppléants | Fonction |
|--|--|---------------------------------|---|
| Miguel Lardennois (coordinateur) | Collaborateur scientifique (SPF Santé Publique) | | |
| Jean Tomas | Coordinateur Qualité CHR - Huy | Pierre Van den Berge | Coordinateur Qualité CH - Jolimont-Lobbes |
| Philippe Vanham | Coordinateur Qualité ISoSL – Liège | Sandrine Balon | Infirmière chef de service CHR Citadelle – Liège |
| Myriam Hubinon | Chef Département Infirmier UCL St Luc – Bruxelles | Isabelle Cambier | Chef Département Infirmier CHIREC – Bruxelles |
| Nicole Van Hoof | Directrice Qualité & Systèmes RZ St Trudo – St Truiden | Stefaan Meukens | Coordinateur Sécurité Patient ZNA - Antwerpen |
| Patrick Vangenechten | Chef Département Infirmier MC St Jozef - Bilzen | Mieke Mondelaers | Chef Département Infirmier OPZ Geel - Geel |
| Tamara Leune | Coordinatrice Itinéraires Cliniques UZ Gent - Gent | Luc Van Camp | Manager Services Critiques ZOL - Genk |
| Françoise Bardiau | Professeur ULg | Agnès Jacquerye | Professeur ULB |
| Tom Defloor† | Professeur UGent | Bart Van Rompaey | Chercheur UA |
| Peter Van Bogaert | Assistant recherche UA | Philip Moons | Professeur KUL |
| Micheline Gobert† | Chargée de recherches UCL | Elisabeth Darras | Prof. - Doyenne Faculté SP - UCL |
| Laurence Treccani (CNAI) | Collaboratrice Qualité ISPPC - Charleroi | Marc Vanryckeghem (CNAI) | Directeur MRS CPAS - Burcht-Zwijndrecht |
| Tom De Boeck (CNEH) | Collaborateur Service Etudes Union Mutualités Socialistes | Aline Hotterbeex (CNEH) | Conseillère infirmière Fédération Institutions Hospit. |

NB : En 2010 et 2011 le conseil a dû déplorer le décès de deux de ses membres. La disparition des Professeurs Micheline Gobert et Tom Defloor sont une grande perte pour le conseil en particulier et pour notre profession en général.

3. Missions et vision du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

3.1. Missions du Conseil

Evaluation interne de la qualité de l'activité infirmière

Le chef du département infirmier est responsable de cette matière.

Il doit s'assurer de :

- l'enregistrement et de l'évaluation de données
- l'analyse de ces données
- diffuser des recommandations sur certains thèmes et de leur traduction en protocoles
- stimuler tous les services à entrer dans un processus d'amélioration de la qualité
- la rédaction d'un rapport annuel sur la qualité
- collaborer avec le conseil fédéral
- sensibiliser son staff infirmier à la qualité
- proposer des mesures d'amélioration
- sensibiliser à l'Evidence Based Nursing

Evaluation externe de la qualité de l'activité infirmière

Un Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière a été mis en place pour réaliser cette mission, mais celle-ci est prise dans un sens large.

Ce conseil est créé pour contribuer à catalyser, systématiser et harmoniser les démarches d'amélioration de la qualité de l'activité infirmière afin de favoriser les bonnes pratiques basées sur des données probantes.

Ce conseil est chargé de :

1° développer l'aspect scientifique de la profession infirmière à travers l'Evidence Based Nursing, et notamment :

- a) soutenir des initiatives de recherche dans le domaine de l'art infirmier;
- b) créer une banque de données fédérale reprenant des directives et des outils validés;
- c) dresser un inventaire des références de bonne pratique infirmière en ce qui concerne des thèmes de soins infirmiers spécifiques;
- d) concevoir et en diffusant des recommandations fondées sur ces références;
- e) composer des groupes de travail afin de diffuser, sur une plus grande échelle, entre les hôpitaux, les résultats positifs en matière d'évaluation qualitative de l'activité infirmière, et ce afin d'acquérir un meilleur aperçu des problèmes et des solutions y afférentes;

2° favoriser la participation des infirmiers à la politique d'évaluation des processus de soins, et notamment :

- a) proposer des thèmes de soins infirmiers qui peuvent faire l'objet d'une évaluation interne de la qualité de l'activité infirmière;
- b) déterminer des indicateurs de qualité et des instruments de mesure en matière de bonne pratique infirmière. Les indicateurs peuvent être proposés par les hôpitaux et la sélection sera réalisée par le Conseil fédéral;
- c) proposer un modèle d'enregistrement informatisé;

d) formuler des réponses aux questions des hôpitaux relatives aux processus d'évaluation et d'amélioration;

3° favoriser la circulation des informations et l'échange de bonnes pratiques, et notamment :

a) définir et en proposant un modèle de rapport type;

b) analyser les données enregistrées au niveau national;

c) rédiger un rapport annuel national anonymisé en ce qui concerne l'identité des hôpitaux;

d) transmettre le rapport annuel visé au point c) aux chefs des départements infirmiers et aux directeurs des hôpitaux, au SPF Santé, au Conseil National de l'Art Infirmier, au Conseil national des accoucheuses et au Conseil National des Etablissements Hospitaliers, ainsi qu'au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;

e) organiser des actions d'information et de sensibilisation à l'intention des hôpitaux.

3.2. Vision du Conseil sur sa mission d'évaluation : "Regarder et apprendre des indicateurs de soins."

Le CFQAI a pour mandat de définir et de développer un ensemble d'indicateurs qui permettent d'évaluer l'activité infirmière.

La revue de littérature est abondante et en constante évolution concernant les indicateurs relatifs aux soins infirmiers (ISI) ou, comme les nomme la littérature anglo-saxonne, les *nurse sensitive outcomes*, *sensitive patient outcomes*, *nurse performance measurements*, *nurse performance outcomes*. Trois publications significatives de l'Institute Of Medicine (IOM), *To Err is Human: Building a Safer Health System* (2000)², *Crossing the Quality Chasm: A Health System for the 21st Century* (2001)³ et *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (2004)⁴ ont démontré et décrit les effets indésirables et risques de dommages évitables dans le secteur de la santé. Ces publications ont stimulé une dynamique pour délivrer des soins aux patients en ayant un regard plus critique sur les effets non souhaités potentiels et effectifs et les dommages évitables. Les effets non souhaités et les dommages évitables ne se situent pas uniquement au niveau du prestataire de soins, mais également au niveau de la structure et du processus des soins.

La 3^{ème} publication de l'IOM *Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (2004) se focalise sur le rôle et l'impact des infirmiers et des processus de soins infirmiers sur la qualité et la sécurité des soins. Cette publication montre que les infirmiers sont la composante principale dans les soins de santé. De par leur présence et leurs rôles, les infirmiers ont la responsabilité de la continuité des soins. En collaboration avec les médecins et d'autres professionnels, les infirmiers ont une position clé dans la recherche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En ce moment il y a de plus en plus de recherches sur le rôle spécifique que jouent les praticiens infirmiers dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. Ces études soutiennent l'utilisation d'ISI pour évaluer l'impact des infirmiers, le contexte et l'environnement dans lequel travaillent les infirmières. Needleman et al (2006)⁵ décrivent, dans une revue de littérature, les intérêts de la mesure et du suivi d'*indicateurs relatifs aux soins infirmiers* ou *performance measurement of nursing care* comme étant les suivants :

- la quantification de l'influence des soins infirmiers sur la sécurité et le résultat des soins avec un focus sur la promotion du plus haut niveau de qualité dans les hôpitaux aigus
- l'échange et la comparaison des meilleures pratiques
- Pour favoriser la responsabilisation du dispensateur vis à vis du public, sans s'y limiter, les rapports au public et les incitants financiers
- l'identification des niveaux de staffing nécessaires – y inclus des standards appropriés – et les approches organisationnelles qui devraient être implémentées par les hôpitaux et supportées par les financiers, tant publics que privés.

² Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., Eds., 2000 *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine, Washington, D.C.

³ *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, Washington, DC, USA: National Academies Press; 2001.

⁴ Page A., ed 2004 *Keeping patients safe: Transforming the work environments of nurses*. Institute of Medicine, Washington, D.C

⁵ Needleman J, Kurtzman E, Kizer K 2006 *Performance Measurement of Nursing Care*. *Medical Care Research and Review* 64 (2) 10S – 43S.

- l'identification des failles dans la qualité qui peuvent être comblées par la recherche, l'enseignement, la formation, et si besoin les soins sensibles aux soins infirmiers.

Ces objectifs ont des liens très étroits avec les missions du CFQAI et peuvent être traduits de la manière suivante :

- Quantifier l'impact des infirmiers et de l'organisation sur la qualité et la sécurité des soins aux patients, avec un engagement au plus haut niveau de soutien et de promotion de la qualité.
- Organiser et soutenir une analyse comparative entre les hôpitaux de Belgique et le partage des meilleures pratiques.
- Organiser et soutenir la responsabilité externe
- Rechercher et élaborer des modèles de soins en définissant des objectifs, des rôles et des besoins en ressources humaines tant en nombre et en qualification que d'autres ressources nécessaires.
- Identifier les lacunes, les problèmes liés à la qualité et à la sécurité des soins en soutenant la pratique, la recherche et la formation nécessaires à l'élaboration et à la mesure d'indicateurs relatifs aux soins infirmiers (ISI)

Pour le développement d'un système d'ISI, le Conseil opte pour le modèle conceptuel des indicateurs de Donabedian⁶ où les indicateurs :

- Évaluent la **structure** dans laquelle les infirmiers sont organisés ou "la bonne personne à la bonne place (pour les bonnes tâches)",
- Évaluent les **processus** dans lesquels le soin infirmier est inclus ou "les bonnes tâches sont au bon endroit (se réalisent au bon moment) et
- Évaluent les **résultats** des soins infirmiers ou le résultat escompté est atteint (les bonnes choses se produisent).

Le choix et le développement des ISI dépendent de la mesure dans laquelle les indicateurs :

- sont relevant et indicatifs,
- mesurables et possibles,
- soutiennent un benchmarking nationale et international,
- soutiennent la pratique quotidienne et l'amélioration.

Pour déterminer les ISI il faut se pencher sur les bases de données nationales disponibles, les connaissances scientifiques actuelles, tant au niveau national qu'international. Développer les ISI passera par un ensemble d'étapes et s'établira grâce à la participation des chefs de départements infirmiers des hôpitaux belges.

L'ensemble des ISI fournira une meilleure compréhension de l'impact des soins infirmiers et des infirmières sur la qualité et la sécurité des soins aux patients et de son évolution, pour tous les acteurs dont, de loin les moindres, les patients.

Pour ces raisons, le Conseil a donc décidé d'adopter le principe de suivis d'ISI décrit ci-dessus dans ses activités futures d'évaluation de la qualité de l'activité infirmière.

⁶ Donabedian A (2005) Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly 83, 691–729.

4. Préoccupations du secteur en matière d'évaluation de la qualité

Vu sa préoccupation d'évaluer la qualité de l'activité infirmière, le Conseil a cherché à avoir une vue la plus complète possible des thèmes et indicateurs disponibles.

Plusieurs experts ont été invités à s'exprimer devant le Conseil et la situation belge a pu être appréhendée à la lumière de plusieurs éléments :

- La situation telle qu'elle était en 2005 selon la dernière enquête réalisée à ce sujet par le SPF Santé Publique (enquête dont les résultats ont conduit à la création du Conseil ainsi qu'à d'autres initiatives dans le domaine de la qualité ses 5 dernières années)⁷
- Les éléments soutenus et/ou demandés dans le cadre des contrats Qualité-Sécurité financés par le SPF Santé Publique dans plus de 90% des hôpitaux⁸.
- Les autres systèmes existants dans ce domaine en Belgique (indicateurs Communauté Flamande, Navigator, ...)
- L'état des connaissances scientifiques en la matière (nous avons notamment interrogé Koen Van den Heede, auteur d'une revue de la littérature internationale sur le sujet⁹).
- Une analyse des approches des pays étrangers et autres autorités (AHRQ, JCHAO...)

Le Conseil n'a pas pu établir un état des lieux sur la situation actuelle (2009-2010) dans les départements infirmiers des hôpitaux belges. Il aurait voulu savoir quels indicateurs étaient enregistrés à ce moment.

Il a également été difficile de déterminer exactement quelles banques de données étaient réellement disponibles. La toute récente (2008) implémentation du RHM dans les hôpitaux, par exemple, ne permet pas encore de savoir si sa composante infirmière serait exploitable à des fins qualitatives.

Le Conseil s'est donc fixé comme premier objectif d'évaluation de la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux de connaître avec plus de précisions quels indicateurs pertinents relatifs à la structure, les processus et les résultats de soins infirmiers seraient utiles.

La pertinence des indicateurs est pour le conseil dépendante de plusieurs critères :

- ils doivent permettre un benchmarking national et international
- ils doivent faire partie d'un set d'indicateurs limité, transparent et uniforme
- leur mesure doit être faisable et réalisable
- ils ne peuvent être choisis qu'en concertation avec les chefs de département infirmier
- ils doivent recouvrir plusieurs thèmes et indicateurs nationaux, internationaux et relevés dans les publications scientifiques

Afin d'atteindre cet objectif de connaissance de la pratique en 2009 et 2010, et de pouvoir partir de cette pratique pour fonder ses décisions futures pour l'évaluation externe de la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux, le Conseil a décidé de demander aux chefs de départements infirmiers de remettre leur rapport annuel de l'évaluation interne propre à leur institution sous la forme d'un questionnaire reprenant divers éléments pratiques.

⁷ Lardennois M., Balon S., Defloor T., Delmotte N. (2006) L'évaluation qualitative de l'activité infirmière au sein de l'hôpital. Bruxelles. Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire, Environnement. 362p.

⁸ www.patient-safety.be

⁹ K. Van den Heede, S.P. Clarcke, W. Sermeus, A. Vleugels, L.H. Haiken (2007) International Experts Perspective on the Nurse Staffing and Patient Outcomes Literature. Journal of Nursing Scholarship, 2007. 39:4, 290-297.

Il leur a été demandé d'indiquer quels étaient les trois thèmes les plus importants sur lesquels ils fondaient leur évaluation actuellement et les trois thèmes sur lesquels ils la fonderaient à l'avenir.

Une liste de thèmes possibles était proposée. Cette liste de thèmes a été construite par les membres du Conseil sur base : d'un questionnaire¹⁰, des thèmes pour lesquels les autorités avaient investi ces dernières années, et de leurs expériences et connaissances de la situation à ce moment. Cette liste de thèmes pouvait être manuellement complétée par les chefs de département infirmier.

Pour chacun des thèmes sélectionnés par le répondant, il a également été demandé les motivations à choisir ce thème, quelle(s) méthode(s) d'évaluation il utilisait, si c'était le cas quel(s) indicateur(s) il mesurait, quels moyens mis en œuvre et de quel soutien avait-il (eu) besoin.

A chacune de ces questions (sauf celle sur les indicateurs) correspondait un choix multiple de réponses, pouvant également être complétée manuellement par le répondant.

Une analyse descriptive des réponses exprimés par les chefs de département infirmier des hôpitaux ainsi et que quelques analyses bi-variées sont présentés ci-dessous. Les résultats complets et d'autres analyses sont disponibles sur demande auprès du Conseil.

Résultats

Description des hôpitaux

200 hôpitaux étaient susceptibles de répondre au questionnaire.

186 questionnaires sont arrivés. Trois hôpitaux ont rendu des questionnaires pour 2 sites qu'ils ont estimés trop spécifiques. Donc en termes d'hôpitaux distincts, N=183 (93% des hôpitaux belges, 98% des lits hospitaliers belges).

Tableau 1. Caractéristiques des hôpitaux belges et de ceux ayant répondu.

| Variable | Categories | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) |
|----------|-------------------|-----|---------------------|-----|---------------------|
| Langue | | 200 | | 183 | |
| | B | | 19 (9.5) | | 16 (8.7) |
| | FR | | 72 (36.0) | | 64 (35.0) |
| | NL | | 109 (54.5) | | 103 (56.3) |
| Région | | 200 | | 183 | |
| | B | | 28 (14.0) | | 24 (13.1) |
| | V | | 106 (53.0) | | 100 (54.6) |
| | W | | 66 (33.0) | | 59 (32.2) |
| Province | | 200 | | 183 | |
| | Antwerpen | | 25 (12.5) | | 24 (13.1) |
| | Brabant Wallon | | 7 (3.5) | | 6 (3.3) |
| | Brussel-Bruxelles | | 28 (14.0) | | 24 (13.1) |
| | Hainaut | | 26 (13.0) | | 23 (12.6) |
| | Limburg | | 13 (6.5) | | 13 (7.1) |
| | Liège | | 19 (9.5) | | 18 (9.8) |
| | Luxembourg | | 4 (2.0) | | 4 (2.2) |

¹⁰ Lardennois M. et al (2006) op cit.

| Variable | Categories | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) |
|--------------|-----------------|-----|------------------|-----|------------------|
| Statut | Namur | 200 | 10 (5.0) | 183 | 8 (4.4) |
| | Oost-Vlaanderen | | 28 (14.0) | | 25 (13.7) |
| | Vlaams-Brabant | | 16 (8.0) | | 15 (8.2) |
| | West-Vlaanderen | | 24 (12.0) | | 23 (12.6) |
| Type hôpital | openbaar/public | 200 | 53 (26.5) | 183 | 46 (25.1) |
| | privaat/privé | | 147 (73.5) | | 137 (74.9) |
| | hop gen | | 100 (50.0) | | 95 (51.9) |
| | hop geri | | 8 (4.0) | | 7 (3.8) |
| | hop psych | | 68 (34.0) | | 63 (34.4) |
| | hop spec | | 17 (8.5) | | 11 (6.0) |
| | hop univ | | 7 (3.5) | | 7 (3.8) |

Tableau 2. Nombre de lits dans les hôpitaux belges et ceux qui ont répondu.

| Variable | N | Mean | SD | SE | Min | Q1 | Median | Q3 | Max |
|-------------|-----|-------|--------|-------|-----|-------|--------|-------|--------|
| Nblitagrees | 199 | 354.9 | 311.25 | 22.06 | 6.0 | 163.0 | 268.0 | 460.0 | 2169.0 |
| Variable | N | Mean | SD | SE | Min | Q1 | Median | Q3 | Max |
| Nblitagrees | 183 | 370.4 | 313.73 | 23.19 | 6.0 | 170.0 | 288.0 | 462.0 | 2169.0 |

Notre échantillon a des caractéristiques identiques à celles de l'ensemble des hôpitaux belges.

Tableau 3. Proportion d'hôpitaux répondants par caractéristique

| Variable | Categories | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) | % Catégorie |
|----------|-------------------|------------|------------------|-------------|------------------|--------------|
| Langue | | 200 | | 183 | | |
| | B | | 19 (9.5) | | 16 (8.7) | 84.2 |
| | FR | | 72 (36.0) | | 64 (35.0) | 88.9 |
| Région | NL | 200 | 109 (54.5) | 183 | 103 (56.3) | 94.5 |
| | B | | 28 (14.0) | | 24 (13.1) | 85.7 |
| | V | | 106 (53.0) | | 100 (54.6) | 94.3 |
| | W | | 66 (33.0) | | 59 (32.2) | 89.4 |
| Province | | 200 | | 183 | | |
| | Antwerpen | | 25 (12.5) | | 24 (13.1) | 96.0 |
| | Brabant Wallon | | 7 (3.5) | | 6 (3.3) | 85.7 |
| | Brussel-Bruxelles | | 28 (14.0) | | 24 (13.1) | 85.7 |
| | Hainaut | | 26 (13.0) | | 23 (12.6) | 88.5 |
| | Limburg | | 13 (6.5) | | 13 (7.1) | 100.0 |
| | Liège | | 19 (9.5) | | 18 (9.8) | 94.7 |
| | Luxembourg | | 4 (2.0) | | 4 (2.2) | 100.0 |
| | Namur | | 10 (5.0) | | 8 (4.4) | 80.0 |
| | Oost-Vlaanderen | | 28 (14.0) | | 25 (13.7) | 89.3 |
| | Vlaams-Brabant | | 16 (8.0) | | 15 (8.2) | 93.8 |
| | West-Vlaanderen | | 24 (12.0) | | 23 (12.6) | 95.8 |
| Statut | | 200 | | 183 | | |
| | openbaar/public | | 53 (26.5) | | 46 (25.1) | 86.8 |
| | privaat/privé | 147 (73.5) | 137 (74.9) | 93.2 | | |

| Variable | Categories | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) | % Catégorie |
|--------------|------------|-----|------------------|-----|------------------|--------------|
| Type hôpital | | 200 | | 183 | | |
| | hop gen | | 100 (50.0) | | 95 (51.9) | 95.0 |
| | hop geri | | 8 (4.0) | | 7 (3.8) | 87.5 |
| | hop psych | | 68 (34.0) | | 63 (34.4) | 92.7 |
| | hop spec | | 17 (8.5) | | 11 (6.0) | 64.7 |
| | hop univ | | 7 (3.5) | | 7 (3.8) | 100.0 |

Etant donné le haut taux de participation, toutes les catégories et caractéristiques d'hôpitaux sont très bien représentées (min 80% à l'exception de l'hôpital spécialisé avec 64,7% de répondants).

Thèmes

Globalement

Les répondants avaient la possibilité de mettre en avant 6 thèmes. 3 sur lesquels ils travaillent en ce moment ("aujourd'hui"), 3 sur lesquels ils pensent travailler à l'avenir ("demain"). Une liste de thèmes construite après consultation des experts du CFQAI leur a été proposée. Une possibilité de rajouter d'autres thèmes était possible (catégorie "autres").

Tableau 4. Thèmes sur lesquels travaillent les départements infirmiers.

| Variable | Categories | Total | | Par hôpital | |
|--------------|--|-------|------------------|-------------|------------------|
| | | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) |
| Nom du thème | | 111 | | 186 | |
| | | 0 | | | |
| | Nutrition et malnutrition | | 104 (9.4) | | 91 (48.9) |
| | mesures de privation de liberté | | 89 (8.0) | | 86 (46.2) |
| | Escarres | | 97 (8.7) | | 82 (44.1) |
| | satisfaction du patient | | 81 (7.3) | | 75 (40.3) |
| | Douleur | | 73 (6.6) | | 67 (36) |
| | violence (y compris auto) | | 68 (6.1) | | 62 (33.3) |
| | satisfaction du personnel | | 58 (5.2) | | 55 (29.6) |
| | efficacité de l'organisation | | 54 (4.9) | | 47 (25.3) |
| | attractivité infirmière | | 44 (4.0) | | 41 (22) |
| | gestion sortie patient | | 42 (3.8) | | 40 (21.5) |
| | Soins aux cathéters | | 30 (2.7) | | 28 (15.1) |
| | Diabète | | 19 (1.7) | | 18 (9.7) |
| | Désorientation | | 16 (1.4) | | 14 (7.5) |
| | Autogestion des médicaments par le patient | | 15 (1.4) | | 14 (7.5) |
| | Qualité de la vie | | 14 (1.3) | | 12 (6.5) |
| | Soins de bouche | | 10 (0.9) | | 10 (5.4) |
| | Continence et incontinence | | 12 (1.1) | | 9 (4.8) |
| | Etat fonctionnel, mental et psychosocial | | 9 (0.8) | | 8 (4.3) |
| | habileté sociale | | 8 (0.7) | | 8 (4.3) |
| | respect des droits du patient | | 8 (0.7) | | 8 (4.3) |
| | Evaluation de la fonction neurologique | | 7 (0.6) | | 7 (3.8) |
| | Altération de la fonction cognitive | | 7 (0.6) | | 7 (3.8) |
| | Ulcères variqueux | | 7 (0.6) | | 7 (3.8) |

| Variable | Categories | Total | | Par hôpital | |
|----------|-----------------------|-------|------------------|-------------|------------------|
| | | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) |
| | Nausée et vomissement | | 5 (0.5) | | 5 (2.7) |
| | Fatigue | | 3 (0.3) | | 3 (1.6) |
| | Sédation | | 1 (0.1) | | 1 (0.5) |
| | autres | | 229 (20.6) | | 106 (57) |

Dans le fichier il y a 1116 réponses possibles (càd 186x6) mais deux hôpitaux n'ont pas répondu à la question "aujourd'hui". Il y a donc 6 réponses en moins, soit 1110 observations.

1. Si l'on considère toutes les réponses et pour les 2 périodes prises globalement (càd 1110 observations) :

La liste de thèmes prédéfinie a attiré 79,4% des réponses. 20,6% des réponses sont dans la catégorie "autres".

Le Top 5 des thèmes sélectionnés sont : Nutrition et Malnutrition (9,4%), Escarres (8,7%), Mesures de privation de liberté (8%), Satisfaction du patient (7,3%), Douleur (6,6%).

2. Si l'on considère les réponses proportionnellement à leur citation par les différents répondants (càd dans les 186 questionnaires) :

La liste de thèmes prédéfinie a attiré 43% des répondants. 57% des répondants ont proposé des thèmes "autres".

Le Top 5 des thèmes sélectionnés sont : Nutrition et Malnutrition (48,9%), Mesures de privation de liberté (46,2%), Escarres (44,1%), Satisfaction du patient (40%), Violence (33,3%).

Nous remarquons donc que les thèmes sur lesquels les départements infirmiers travaillent d'un point de vue qualitatif sont bien ceux qui ont été suggérés par le Conseil et qu'une proportion importante d'hôpitaux travaillent principalement sur 6 thèmes.

Aujourd'hui

Tableau 5. Thèmes sur lesquels travaillent les départements infirmiers au moment de répondre.

| Variable | Categories | Total | | Par hôpital | |
|--------------|---------------------------------|-------|------------------|-------------|------------------|
| | | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) |
| Nom du thème | | 552 | | 186 | |
| | Escarres | | 75 (13.6) | | 71 (38.2) |
| | Nutrition et malnutrition | | 65 (11.8) | | 61 (32.8) |
| | mesures de privation de liberté | | 51 (9.2) | | 51 (27.4) |
| | satisfaction du patient | | 53 (9.6) | | 50 (26.9) |
| | violence (y compris auto) | | 43 (7.8) | | 43 (23.1) |
| | Douleur | | 27 (4.9) | | 27 (14.5) |
| | gestion sortie patient | | 23 (4.2) | | 23 (12.4) |
| | satisfaction du personnel | | 21 (3.8) | | 21 (11.3) |
| | efficience de l'organisation | | 20 (3.6) | | 19 (10.2) |
| | Soins aux cathéters | | 15 (2.7) | | 15 (8.1) |
| | attractivité infirmière | | 14 (2.5) | | 14 (7.5) |
| | Diabète | | 9 (1.6) | | 9 (4.8) |
| | Désorientation | | 7 (1.3) | | 6 (3.2) |
| | Continence et incontinence | | 6 (1.1) | | 6 (3.2) |

| Variable | Categories | Total | | Par hôpital | |
|----------|--|-------|------------------|-------------|------------------|
| | | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) |
| | Etat fonctionnel, mental et psychosocial | | 6 (1.1) | | 6 (3.2) |
| | Altération de la fonction cognitive | | 5 (0.9) | | 5 (2.7) |
| | Autogestion des médicaments par le patient | | 5 (0.9) | | 5 (2.7) |
| | Soins de bouche | | 5 (0.9) | | 5 (2.7) |
| | Qualité de la vie | | 6 (1.1) | | 5 (2.7) |
| | habileté sociale | | 3 (0.5) | | 3 (1.6) |
| | respect des droits du patient | | 3 (0.5) | | 3 (1.6) |
| | Nausée et vomissement | | 2 (0.4) | | 2 (1.1) |
| | Ulcères variqueux | | 2 (0.4) | | 2 (1.1) |
| | Evaluation de la fonction neurologique | | 2 (0.4) | | 2 (1.1) |
| | Fatigue | | 1 (0.2) | | 1 (0.5) |
| | autres | | 83 (15.0) | | 60 (32.3) |

1. Si l'on considère le nombre total de réponse pour la période actuelle (càd 3* 186 répondants – 2 non-réponse) = 552 observations.

La liste de thèmes prédéfinie a attiré 85% des réponses. 15% des réponses sont dans la catégorie "autres".

Le Top 5 des thèmes sélectionnés sont : Escarres (13,6%), Nutrition et Malnutrition (11,8%), Satisfaction du patient (9,6%), Mesures de privation de liberté (9,2%), Violence (7,8%).

2. Si l'on considère les réponses proportionnellement à leur citation par les différents hôpitaux (càd dans les 186 questionnaires) :

La liste de thèmes prédéfinie a attiré 67,7% des réponses. 32,3% des réponses sont dans la catégorie "autres".

Le Top 5 des thèmes sélectionnés sont : Escarres (38,2%), Nutrition et Malnutrition (32,8%), Mesures de privation de liberté (27,4%), Satisfaction du patient (26,9%), Violence (23,1%).

Nous remarquons donc que les thèmes sur lesquels les départements infirmiers travaillent en 2009-2010 d'un point de vue qualitatif sont bien ceux qui ont été suggérés par le Conseil.

Demain

Tableau 6. Thèmes sur lesquels les départements infirmiers pensent travailler à l'avenir

| Variable | Categories | Total | | Par hôpital | |
|--------------|---------------------------------|-------|------------------|-------------|------------------|
| | | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) |
| Nom du thème | | 558 | | 186 | |
| | Douleur | | 46 (8.2) | | 43 (23.1) |
| | Nutrition et malnutrition | | 39 (7.0) | | 38 (20.4) |
| | mesures de privation de liberté | | 38 (6.8) | | 37 (19.9) |
| | satisfaction du personnel | | 37 (6.6) | | 37 (19.9) |
| | efficience de l'organisation | | 34 (6.1) | | 33 (17.7) |
| | attractivité infirmière | | 30 (5.4) | | 30 (16.1) |
| | satisfaction du patient | | 28 (5.0) | | 28 (15.1) |
| | violence (y compris auto) | | 25 (4.5) | | 25 (13.4) |
| | Escarres | | 22 (3.9) | | 21 (11.3) |

| Variable | Categories | Total | | Par hôpital | |
|----------|--|-------|------------------|-------------|------------------|
| | | N | Number (Percent) | N | Number (Percent) |
| | gestion sortie patient | | 19 (3.4) | | 19 (10.2) |
| | Soins aux cathéters | | 15 (2.7) | | 15 (8.1) |
| | Diabète | | 10 (1.8) | | 10 (5.4) |
| | Autogestion des médicaments par le patient | | 10 (1.8) | | 10 (5.4) |
| | Désorientation | | 9 (1.6) | | 9 (4.8) |
| | Qualité de la vie | | 8 (1.4) | | 8 (4.3) |
| | Ulcères variqueux | | 5 (0.9) | | 5 (2.7) |
| | Soins de bouche | | 5 (0.9) | | 5 (2.7) |
| | Evaluation de la fonction neurologique | | 5 (0.9) | | 5 (2.7) |
| | habileté sociale | | 5 (0.9) | | 5 (2.7) |
| | respect des droits du patient | | 5 (0.9) | | 5 (2.7) |
| | Continence et incontinence | | 6 (1.1) | | 4 (2.2) |
| | Nausée et vomissement | | 3 (0.5) | | 3 (1.6) |
| | Etat fonctionnel, mental et psychosocial | | 3 (0.5) | | 3 (1.6) |
| | Fatigue | | 2 (0.4) | | 2 (1.1) |
| | Altération de la fonction cognitive | | 2 (0.4) | | 2 (1.1) |
| | Sédation | | 1 (0.2) | | 1 (0.5) |
| | autres | | 146 (26.2) | | 92 (49.5) |

1. Si l'on considère le nombre total de réponse pour la période future (càd 3* 186 répondants) = 558 observations.

La liste de thèmes prédéfinie a attiré 74,2% des réponses. 26,2% des réponses sont dans la catégorie "autres".

Le Top 5 des thèmes sélectionnés sont : Douleur (8,2%), Nutrition et Malnutrition (7%), Mesures de privation de liberté (6,8%), Satisfaction du personnel (6,6%), Efficience de l'organisation (6,1%).

2. Si l'on considère les réponses proportionnellement à leur citation par les différents hôpitaux (càd dans les 186 questionnaires) :

La liste de thèmes prédéfinie a attiré 51,5% des réponses. 49,5% des réponses sont dans la catégorie "autres".

Le Top 5 des thèmes sélectionnés sont : Douleur (23,1%), Nutrition et Malnutrition (20,4%), Mesures de privation de liberté (19,9%), Satisfaction du personnel (19,9%), Efficience de l'organisation (17,7%).

Nous remarquons donc que les thèmes sur lesquels les départements infirmiers projettent de travailler à l'avenir d'un point de vue qualitatif sont encore ceux qui ont été suggérés par le Conseil, mais qu'une plus grande proportion d'hôpitaux envisage d'autres thèmes.

Autres réponses

Dans cette section, les résultats sont en général donnés pour tous les thèmes et les deux périodes globalement – lorsqu'il y a un intérêt statistique à faire autrement les résultats sont alors découpés en résultats plus fins.

Motivations

Tableau 7. Motivations à avoir choisi ces thèmes.

| Variable | Categories | N | Number (Percent) |
|--|------------|------|---------------------|
| Motivation du choix: objectif stratégique de toute l'institution | non | 1110 | 437 (39.4) |
| | oui | | 673 (60.6) |
| Motivation du choix: obligation légale | non | 1110 | 886 (79.8) |
| | oui | | 224 (20.2) |
| Motivation du choix: améliore la durée de séjour | non | 1110 | 900 (81.1) |
| | oui | | 210 (18.9) |
| Motivation du choix: améliore l'efficacité du processus de soins | non | 1110 | 479 (43.2) |
| | oui | | 631 (56.8) |
| Motivation du choix: améliore la qualité et/ou la sécurité des soins | non | 1110 | 342 (30.8) |
| | oui | | 768 (69.2) |
| Motivation du choix: demande des infirmières | non | 1110 | 701 (63.2) |
| | oui | | 409 (36.8) |
| Motivation du choix: demande d'autres professionnels | non | 1110 | 799 (72.0) |
| | oui | | 311 (28.0) |
| Motivation du choix: autres | non | 1110 | 943 (85.0) |
| | oui | | 167 (15.0) |

Si l'on considère l'ensemble des réponses (1110 observations) :

La plus grande motivation est d'améliorer la qualité et/ou la sécurité des soins (69,2%).

Plus de la moitié des motivations évoquées sont de rencontrer un objectif stratégique institutionnel (60,6%) et d'améliorer de l'efficacité du processus de soins (56,8%).

Actions

Tableau 8. Actions réalisées ou planifiées.

| Variable | Categories | N | Number (Percent) |
|-------------------------------------|------------|------|---------------------|
| Action: revue de littérature | non | 1110 | 526 (47.4) |
| | oui | | 584 (52.6) |
| Action: mesure d'indicateur(s) | non | 1110 | 387 (34.9) |
| | oui | | 723 (65.1) |
| Action: observations sur le terrain | non | 1110 | 509 (45.9) |
| | oui | | 601 (54.1) |

| Variable | Categories | N | Number (Percent) |
|---|------------|------|------------------|
| Action: diffusion d information | non | 1110 | 402 (36.2) |
| | oui | | 708 (63.8) |
| Action: organisation de formations | non | 1110 | 438 (39.5) |
| | oui | | 672 (60.5) |
| Action: achat de matériel | non | 1110 | 733 (66.0) |
| | oui | | 377 (34.0) |
| Action: rédaction ou modification de procédure(s) | non | 1110 | 488 (44.0) |
| | oui | | 622 (56.0) |
| Action: rédaction ou modification itinéraire ou plan soins standard | non | 1110 | 872 (78.6) |
| | oui | | 238 (21.4) |
| Action: évaluation des actions menées | non | 1110 | 679 (61.2) |
| | oui | | 431 (38.8) |
| Action: autres | non | 1110 | 938 (84.5) |
| | oui | | 172 (15.5) |

Si l'on considère l'ensemble des réponses (1110 observations) :

L'action la plus citée est la mesure d'indicateur(s) (65,1%).

Les seules actions qui n'emportent pas 50% des réponses sont l'évaluation des actions menées (38,8%) et la rédaction ou modification de l'itinéraire ou plan soins standard (21,4%).

Méthodes

Tableau 9. Méthode utilisée ou envisagée pour la mesure d'indicateurs :

| Variable | Categories | N | Number (Percent) |
|---|------------|-----|------------------|
| Méthode: observateurs ponctuels | non | 723 | 633 (87.6) |
| | oui | | 90 (12.4) |
| Méthode: enregistrement (informatisé) ponctuel | non | 723 | 651 (90.0) |
| | oui | | 72 (10.0) |
| Méthode: enregistrement (informatisé) permanent | non | 723 | 561 (77.6) |
| | oui | | 162 (22.4) |
| Méthode: autres | non | 723 | 650 (89.9) |
| | oui | | 73 (10.1) |

N=723, l'échantillon est restreint aux observations des hôpitaux qui disent mener comme action une « mesure d'indicateur ».

La méthode la plus utilisée pour la mesure d'indicateurs est l'enregistrement (informatisé) permanent. Mais cette méthode ne remporte que 22,4% des réponses. Etant donné que l'ensemble de ces réponses ne définissent une méthode de travail que pour 46,9% des répondants, nous avons séparé les réponses "aujourd'hui" et "demain" afin d'affiner l'analyse.

Si l'on considère la période "**aujourd'hui**" isolément (N=372) : **aucun hôpital ne décrit de méthode de mesure d'indicateur** ! C'est ce résultat qui explique la faible proportion de réponses lorsqu'elles sont prises globalement.

Si on considère la période "**demain**" isolément (N=351) : **tous les hôpitaux ayant répondu à la question décrivent une méthode de mesure d'indicateurs**. C'est l'enregistrement (informatisé) permanent qui est le plus envisagé (46,2%).

Nous avons cherché à mieux connaître les caractéristiques des hôpitaux répondants qui envisagent la mesure d'indicateurs à l'avenir.

Parmi les 558 réponses pour la période « demain », nous avons obtenu 351 réponses : « action=mesure d'indicateurs ». Ces 351 réponses correspondent à 155 hôpitaux distincts (puisque chaque hôpital pouvait choisir 3 thèmes).

Tableau 10. Caractéristiques des hôpitaux envisageant la mesure d'indicateurs

| Variable | Categories | N | Number (Percent) | Number | % Catégorie |
|--------------|-------------------|-----|---------------------|--------|-------------|
| Langue | | 200 | | | |
| | B | | 19 (9.5) | 12 | 63.2 |
| | FR | | 72 (36.0) | 55 | 76.4 |
| | NL | | 109 (54.5) | 88 | 80.7 |
| Région | | 200 | | | |
| | B | | 28 (14.0) | 18 | 64.3 |
| | V | | 106 (53.0) | 86 | 81.1 |
| | W | | 66 (33.0) | 51 | 77.3 |
| Province | | 200 | | | |
| | Antwerpen | | 25 (12.5) | 20 | 80.0 |
| | Brabant Wallon | | 7 (3.5) | 4 | 57.1 |
| | Brussel-Bruxelles | | 28 (14.0) | 18 | 64.3 |
| | Hainaut | | 26 (13.0) | 21 | 80.8 |
| | Limburg | | 13 (6.5) | 13 | 100.0 |
| | Liège | | 19 (9.5) | 15 | 79.0 |
| | Luxembourg | | 4 (2.0) | 4 | 100.0 |
| | Namur | | 10 (5.0) | 7 | 70.0 |
| | Oost-Vlaanderen | | 28 (14.0) | 23 | 82.1 |
| | Vlaams-Brabant | | 16 (8.0) | 12 | 75.0 |
| | West-Vlaanderen | | 24 (12.0) | 18 | 75.0 |
| Statut | | 200 | | | |
| | openbaar/public | | 53 (26.5) | 40 | 75.5 |
| | privaat/privé | | 147 (73.5) | 115 | 78.2 |
| Type hôpital | | 200 | | | |
| | hop gen | | 100 (50.0) | 88 | 88.0 |

| Variable | Categories | N | Number (Percent) | Number | % Catégorie |
|----------|------------|---|---------------------|-----------|-------------|
| | hop geri | | 8 (4.0) | 3 | 37.5 |
| | hop psych | | 68 (34.0) | 49 | 72.1 |
| | hop spec | | 17 (8.5) | 9 | 52.9 |
| | hop univ | | 7 (3.5) | 6 | 85.7 |

On remarque que c'est dans le Brabant Wallon et à Bruxelles que la proportion d'hôpitaux déclare le moins (tout de même respectivement 57,1 et 64,3 %) envisager la mesure d'indicateurs. Le cas du Brabant Wallon est particulier, il s'agit d'hôpitaux très spécialisés et de (très) petite taille, ceci est confirmé dans la répartition par type.

Ressources

Tableau 11. Ressources utilisées ou souhaitées

| Variable | Categories | N | Number (Percent) |
|--|------------|------|---------------------|
| Ressources: du personnel spécifique pour ce thème | | 1110 | |
| | non | | 708 (63.8) |
| | oui | | 402 (36.2) |
| Ressources: utilisation/augmentation du personnel en place | | 1109 | |
| | non | | 529 (47.7) |
| | oui | | 580 (52.3) |
| Ressources: soutien par l'achat de matériel et/ou software | | 1109 | |
| | non | | 835 (75.3) |
| | oui | | 274 (24.7) |
| Ressources: soutien financier | | 1109 | |
| | non | | 1002 (90.4) |
| | oui | | 107 (9.6) |
| Ressources: autres | | 1110 | |
| | non | | 908 (81.8) |
| | oui | | 202 (18.2) |

1. Si l'on considère l'ensemble des réponses (1110 observations) :

La ressource la plus utilisée ou souhaitée pour travailler sur les thèmes choisis est l'utilisation ou l'augmentation du personnel en place (52,3%).

La ressource la moins utilisée ou souhaitée pour travailler sur les thèmes choisis est le soutien financier (9,6%).

2. Si l'on considère uniquement les réponses pour la période "aujourd'hui" (552 observations) :

La ressource la plus utilisée pour travailler sur les thèmes choisis est l'utilisation du personnel en place (79,3%).

3. Si l'on considère uniquement les réponses pour la période "demain" (558 observations) :

La ressource la plus envisagée pour travailler sur les thèmes choisis est de désigner du personnel spécifique pour travailler sur le thème (40%).

Tableau 12. Détails des ressources utilisées ou souhaitées

| Variable | N | Mean | SD | SE | Min | Q1 | Median | Q3 | Max |
|--|-----|-------|-------|--------|------|--------|--------|-------|--------|
| Ressources: nombre ETP de personnel spécifique pour ce thème | 347 | 0.7 | 0.97 | 0.05 | 0.0 | 0.3 | 0.5 | 1.0 | 10.0 |
| Ressources: coût (€) de l'achat de matériel et/ou software | 80 | 28450 | 84361 | 9431.8 | 5.0 | 2000.0 | 6250.0 | 24893 | 703000 |
| Ressources: coût (€) du soutien financier | 40 | 20113 | 25937 | 4101.0 | 10.0 | 4250.0 | 11500 | 20000 | 120000 |

Les répondants qui déclaraient utiliser ou vouloir utiliser du personnel spécifique sur les thèmes choisis ont pu donner une estimation du temps de travail nécessaire par thème choisi. De même pour ceux qui ont répondu en termes d'achat de matériel ou software ou de soutien financier.

Si du personnel spécifique est attribué ou à attribuer par thème (32,6% des réponses), il est de 0,5 ETP (médiane).

Le nombre ETP diffère significativement selon la langue (B : 1.0 ± 0.83 , FR : 1.0 ± 1.1 et NL : 0.6 ± 0.9 , $p=0.0020$). Les francophones estimant avoir besoin d'un peu plus de personnel par thème. Le coût moyen de l'achat de matériel et le coût moyen de soutien financier par contre ne diffèrent pas entre les langues ($p=0.53$ et $p=0.72$, respectivement).

Comme ci-dessus, le nombre ETP diffère significativement selon la région (B : 0.9 ± 0.75 , V : 0.6 ± 0.91 et W : 1.0 ± 1.08 , $p=0.0027$). Les wallons estimant avoir besoin de plus de personnel par thème. Le coût moyen de l'achat de matériel et le coût moyen de soutien financier ne diffèrent pas entre les régions ($p=0.52$ et $p=0.72$, respectivement).

On n'observe pas de différence significative entre les provinces en ce qui concerne le nombre ETP de personnel spécifique pour le thème ($p=0.14$) et pour le coût moyen de l'achat de matériel et/ou software ($p=0.88$). On observe une différence significative en ce qui concerne le coût du soutien financier ($p=0.0048$). Le coût moyen du soutien financier est le plus haut dans le Brabant Wallon et dans les Flandres (orientale et occidentale) et le plus bas à dans le Limbourg, Liège et Anvers.

Le nombre ETP moyen envisagé est plus élevé pour les hôpitaux publics que privés (1.0 ± 1.5 vs 0.6 ± 0.65 , $p=0.0011$). Le coût moyen de l'achat de matériel et le coût moyen de soutien financier ne diffèrent pas entre les statuts ($p=0.13$ et $p=0.052$, respectivement).

Le nombre ETP moyen, le coût moyen de l'achat de matériel, le coût moyen de soutien financier ne diffèrent pas entre les types d'hôpitaux ($p=0.12$, $p=0.87$ et $p=0.95$, respectivement).

Accompagnement

Tableau 13. Accompagnement utilisé ou souhaité

| Variable | Categories | N | Number (Percent) |
|--|------------|------|---------------------|
| Accompagnement : soutien méthodologique | non | 1110 | 563 (50.7) |
| | oui | | 547 (49.3) |
| Accompagnement : recevoir un état de connaissances sur la question | non | 1110 | 616 (55.5) |
| | oui | | 494 (44.5) |
| Accompagnement : recevoir des exemples de bonnes pratiques | non | 1110 | 687 (61.9) |
| | oui | | 423 (38.1) |
| Accompagnement : autres | non | 1110 | 955 (86.0) |
| | oui | | 155 (14.0) |

Si l'on considère l'ensemble des réponses (1110 observations) :

Le type d'accompagnement le plus utilisé ou souhaité pour travailler sur les thèmes choisis est le soutien méthodologique (49,3%), suivi de recevoir un état de connaissances sur la question (44,5%), et de recevoir des exemples de bonnes pratiques (38,1%).

Les résultats sont quasi identiques pour la période "demain" prise isolément.

Des différences entre les hôpitaux psychiatriques et les autres...

Durant l'analyse des résultats de cette enquête, le Conseil a observé des différences parfois importantes entre les hôpitaux psychiatriques et les autres.

Ces différences s'observent principalement sur le choix des thèmes :

Tableau 14. Thèmes sur lesquels travaillent les départements infirmiers des hôpitaux psychiatriques.

| Variable | Catégories | Total | Par hôpital |
|--------------|--|----------|-------------|
| | | N | Nombre (%) |
| Nom du thème | | 372 | 63 |
| | Désorientation | 2 (0.5) | 2 (3.2) |
| | Nutrition et malnutrition | 10 (2.7) | 9 (14.3) |
| | Escarres | 2 (0.5) | 2 (3.2) |
| | Ulcères variqueux | 1 (0.3) | 1 (1.6) |
| | Diabète | 3 (0.8) | 2 (3.2) |
| | Altération de la fonction cognitive | 1 (0.3) | 1 (1.6) |
| | Autogestion des médicaments par le patient | 12 (3.2) | 11 (17.5) |
| | Douleur | 2 (0.5) | 2 (3.2) |
| | Etat fonctionnel, mental et psychosocial | 6 (1.6) | 6 (9.5) |

| Variable | Catégories | Total | | Par hôpital | |
|----------|--|-------|------------|-------------|------------|
| | | N | Nombre (%) | N | Nombre (%) |
| | Evaluation de la fonction neurologique | | 3 (0.8) | | 3 (4.8) |
| | Qualité de la vie | | 11 (3.0) | | 10 (15.9) |
| | violence (y compris auto) | | 54 (14.5) | | 48 (76.2) |
| | mesures de privation de liberté | | 36 (9.7) | | 35 (55.6) |
| | habileté sociale | | 5 (1.3) | | 5 (7.9) |
| | gestion sortie patient | | 22 (5.9) | | 22 (34.9) |
| | respect des droits du patient | | 7 (1.9) | | 7 (11.1) |
| | attractivité infirmière | | 11 (3.0) | | 10 (15.9) |
| | satisfaction du personnel | | 26 (7.0) | | 25 (39.7) |
| | satisfaction du patient | | 26 (7.0) | | 26 (41.3) |
| | efficience de l'organisation | | 25 (6.7) | | 22 (34.9) |
| | autres | | 107 (28.8) | | 47 (74.6) |

1. Si l'on considère toutes les réponses et pour les 2 périodes prises globalement (càd 372 observations) :

Le Top 5 des thèmes sélectionnés sont Violence (14,5%), Mesures de privation de liberté (9,7%), Satisfaction du personnel et du Patient (7%), Gestion sortie du patient (5,9%), sortant donc des résultats globalisés à l'ensemble des hôpitaux les thèmes "Nutrition et Malnutrition", "Escarres", et "Douleur".

2. Si l'on considère les réponses proportionnellement à leur citation par les différents répondants (càd dans les 63 questionnaires d'hôpitaux psychiatriques) :

Le Top 5 des thèmes sélectionnés sont Violence (76,2%), Mesures de privation de liberté (55,6%), Satisfaction du patient (41,3%) et du Personnel (39,7%), Gestion sortie du patient (34,9%), sortant donc des résultats globalisés à l'ensemble des hôpitaux les thèmes "Nutrition et Malnutrition", et "Escarres".

Nous remarquons donc que les thèmes sur lesquels travaillent les départements infirmiers des **hôpitaux psychiatriques** d'un point de vue qualitatif s'inscrivent bien dans ceux qui ont été suggérés par le Conseil, mais qu'ils diffèrent notablement des réponses fournies par les autres types d'hôpitaux.

Le Conseil dispose également de tous les autres types d'analyses et de croisement statistiques classiques possibles sur les résultats de cette enquête, et peut les mettre à disposition du lecteur,

Il n'a pas été jugé opportun de les présenter tous dans ce rapport pour des raisons de concision pour comprendre la suite de la démarche du Conseil pour atteindre ses objectifs. Mais ces résultats et analyses complémentaires peuvent être obtenus sur demande.

5. Utilisation des résultats de l'enquête par le Conseil

Résultats les plus importants

Sur base de l'analyse des résultats aux questionnaires – qui font office de rapport annuel sur l'évaluation interne de la qualité en 2009 et 2010 pour les départements infirmiers – le Conseil retient les éléments suivants comme étant les plus importants :

- Les thèmes principaux et prioritaires (le "top 10") sont la malnutrition/dénutrition, la privation de liberté, les escarres, la satisfaction des patients, la douleur, la violence, la satisfaction du personnel, l'efficacité de l'organisation, l'attractivité infirmière et la gestion de la sortie du patient.
- Les thèmes "escarres" et "malnutrition" sont plutôt actuels alors que "douleur" est un thème d'avenir.
- Il y a des différences dans le choix des thèmes entre les hôpitaux psychiatriques et les autres.
- Les thèmes "privation de liberté" et "violence" sont présents dans le "top 10" en grande partie grâce au plébiscite du secteur psychiatrique.
- Les départements infirmiers des hôpitaux se disent motivés à participer à une démarche d'amélioration de la qualité des soins, au-delà de la motivation liée à l'obligation légale, et cette motivation n'est peut-être pas partagée par les professionnels (infirmiers et autres) de la base opérationnelle.
- L'action la plus envisagée par les départements infirmiers est le suivi d'indicateurs, aucun ne décrit comment il le fait actuellement, très peu sont capables de décrire exactement leurs indicateurs, mais beaucoup se disent prêt à entrer dans une telle dynamique à l'avenir.
- Les ressources les plus utilisées sont humaines, ce sont les infirmiers de la base opérationnelle qui sont le plus mis à contribution, mais de nombreux hôpitaux ont estimé que l'implémentation de nouveaux thèmes à l'avenir demanderait environ ½ ETP spécifiquement dédié à cette tâche.
- Presque la moitié des hôpitaux identifient le besoin de recevoir une aide méthodologique pour entrer dans une telle démarche et plus d'un tiers a besoin de recevoir des exemples de bonnes pratiques.
- A la lecture des très nombreuses réponses "autres", on constate que les départements infirmiers ont un très grand besoin de s'exprimer, d'échanger, de donner leur avis sur cette matière.

Choix des thèmes par le Conseil

Suite à cette analyse des réponses des départements infirmiers des hôpitaux, le Conseil a poursuivi la procédure décrite dans l'AR de 2007¹¹, à savoir que suite à une proposition de thèmes par le Conseil et à la suggestion d'indicateurs par les hôpitaux, le Conseil est chargé d'en faire une sélection.

Pour opérer cette sélection, le Conseil a procédé à la classification des thèmes du "Top 10" et des indicateurs proposés sur base des critères suivants :

¹¹ Arrêté Royal du 27/04/2007, MB 04/06/2007, relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux.

- le thème représente-t-il un enjeu de santé publique scientifiquement démontré ?
- est-il scientifiquement démontré que les infirmiers peuvent suffisamment influencer la qualité des soins sur ce thème ?
- Est-ce qu'il est possible de mesurer ce thème et si oui facilement ?
- Est-ce que des données sur ce thème sont déjà disponibles au niveau fédéral ou à d'autres niveaux ?
- Est-ce que beaucoup d'hôpitaux ont proposé des indicateurs sur ce thème ? Si oui, ces indicateurs sont-ils :
 - o Nursing Sensitive (tels que défini au niveau international) ?
 - o Facilement mesurables (demandent peu de moyens) ?
 - o Utiles pour un benchmarking (national et international) ?
 - o Clairement définis (pour assurer une mesure uniforme) ?

Sur base de cette classification, ce "filtre", 5 thèmes ressortent du "Top 10": Dénutrition – Privation de liberté/contention – Escarres – Douleur – Violence.

Etant donné que le thème de la gestion de la violence fait l'objet d'un projet de recherche fédéral visant à vérifier si une formation dans ce domaine dans les unités de psychiatrie aurait un impact significatif, le Conseil préfère garder ce thème en réserve.

Le Conseil a donc décidé de s'appropriier les 4 autres thèmes comme prioritaires. Le choix d'indicateurs ne semblait pas aisé car les propositions faites par les hôpitaux étaient peu précises (les indicateurs proposés étaient très rarement accompagnés d'une définition).

Comme le prévoit également l'AR de 2007, le Conseil a donc décidé d'inviter des experts sur ces thèmes afin qu'ils puissent l'éclairer sur le potentiel et les limites de leur évaluation, les indicateurs utilisables, leurs définitions et caractéristiques.

Les experts interrogés ont été :

- Malnutrition/dénutrition : Bart Van Geurden, infirmier et doctorant en sciences infirmières à l'UA, et Thérèse Van Durme, infirmière et doctorante en sciences de la santé publique à l'UCL.
- Privation de liberté/contention : Pr. Dr Koen Milisen de la KUL et David Leduc, infirmier chef de service au CHU Charleroi.
- Escarres : Pr. Dr Katrien Vanderwee de l'UGent et Aurelia Bustillo, infirmière chef de service à l'Hôpital Universitaire Erasme
- Douleur : Susan Broekmans, infirmière et doctorante en sciences infirmières à la KUL, experte en douleur à l'UZ Leuven.

Ces experts ont proposé au Conseil entre 20 et 30 indicateurs sur chacun des thèmes et répondant aux critères de sélection prédéfinis (y compris leurs définitions et méthodes de mesure).

A ce stade, le Conseil aurait pu faire une sélection et la communiquer aux chefs de départements infirmiers des hôpitaux. Mais les résultats des questionnaires ayant montré une grande attente des chefs de département infirmier pour une discussion et une concertation à ce sujet, il a été décidé de retourner vers ceux-ci en organisant un symposium. Un tel symposium a été organisé en mars 2011 et a permis d'optimiser leurs connaissances sur les bonnes pratiques et l'évaluation sur ces thèmes, de recueillir leurs avis concernant ces indicateurs et de mesurer leur niveau d'engagement potentiel dans cette démarche.

Symposium de concertation avec les directions infirmières et/ou leurs représentants

Tous les chefs de départements infirmiers ont reçu une invitation pour deux personnes à ce symposium plusieurs mois à l'avance.

Le programme était composé :

- d'une introduction précisant le rôle et fonctionnement du Conseil, ce qu'il avait fait jusqu'à présent, les objectifs et le déroulement de la journée
- d'une matinée avec des exposés théoriques par des experts sur chaque thème : ampleur du problème, impact de la profession infirmière, bonnes pratiques
- d'un après-midi avec des workshops sur chaque thème et dans chaque langue afin de pouvoir discuter entre directions, avec les experts et membres du conseil, de la faisabilité de mesurer les indicateurs proposés, mais également de pouvoir mesurer leur engagement potentiel à les utiliser
- d'une conclusion par la Ministre de la Santé Publique.

230 personnes ont participé à ce symposium qui a eu lieu le 03 mars 2011 dans les salles de conférences de l'Hôtel Bedford à Bruxelles.

Parmi celles-ci, 121 chefs de départements infirmiers étaient présents (52% des participants) et 145 hôpitaux étaient représentés (72% des hôpitaux belges).

Ce symposium a été l'occasion pour tous les membres du Conseil de confronter leurs points de vue aux représentant des hôpitaux et de devoir expliquer et argumenter ceux-ci. Ces échanges très riches ont été l'occasion pour tous (participants et organisateurs) d'apprendre de nouvelles choses et de remettre en questions leurs propres certitudes.

Le Conseil a procédé à une évaluation de satisfaction auprès des participants au symposium.

200 personnes (86%) ont rempli un questionnaire à cet effet.

D'un point de vue général, le symposium a reçu une note de

- 8/10 pour son aspect scientifique
- 6/10 pour l'apport de nouvelles connaissances
- 8/10 pour l'applicabilité dans la pratique
- 8/10 pour l'interactivité
- 8/10 pour le sentiment de pouvoir influencer les décisions
- 10/10 pour l'organisation générale

Pour les workshops, la satisfaction était la suivante :

- 8/10 pour son aspect scientifique
- 6/10 pour l'apport de nouvelles connaissances
- 8/10 pour l'applicabilité dans la pratique
- 8/10 pour l'interactivité
- 8/10 pour le sentiment de pouvoir influencer les décisions
- 10/10 pour l'animation des débats

En fin de symposium, les membres du Conseil ont réalisé un débriefing qui leur a permis de constater qu'ils avaient à ce stade suffisamment d'informations pour pouvoir prendre des décisions sur la méthode et les indicateurs à utiliser à l'avenir pour évaluer la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux.

6. Perspectives

Sur base de l'ensemble des informations et avis recueillis à ce stade, le Conseil a décidé d'adopter les principes suivants :

- le Conseil doit être clair dans ses futures communications en affirmant ce qu'il veut obtenir, pourquoi et dans quel délai – car les chefs de département infirmiers sont motivés mais veulent pouvoir se préparer
- les quatre thèmes doivent être introduits prudemment et progressivement dans le cycle d'évaluation de la qualité – car les départements infirmiers doivent négocier des moyens, trouver des personnes ressources et parfois introduire des changements dans l'organisation du travail
- il n'est pas possible de déterminer à ce stade 4 thèmes pour les hôpitaux psychiatriques – cela devra être fait pour la fin 2011 – mais pour 2011 le thème de la restriction de liberté (contention – isolement) est choisi
- le Conseil doit être pédagogue et aider les départements infirmiers à comprendre les indicateurs utilisés (définitions, méthodes de mesures possibles, objectifs)
- pour chaque indicateur une proposition réaliste, le "minimum nécessaire", de mesure doit être proposée en même temps qu'une description de la mesure idéale
- le Conseil doit travailler en synergie avec l'initiative Contrats Qualité-Sécurité du SPF Santé Publique, profiter des expertises méthodologiques et des ressources disponibles dans ce cadre
- diffuser des bonnes pratiques infirmières pour aider les départements infirmiers à profiter de cette nouvelle dynamique pour améliorer les pratiques de la base opérationnelle
- commencer par la mesure d'indicateurs de structure et de processus avant d'utiliser ceux de résultats
- les hôpitaux devront remettre leur rapport annuel portant sur l'année 2011 le 30 mars 2012 et ainsi de suite tous les 30 mars des années suivantes pour l'année terminée
- envoyer un courrier aux chefs de départements infirmiers avant l'été 2011 afin de leur communiquer les décisions et orientations du Conseil jusque 2014 (cf. annexe).

Objectifs du Conseil pour 2014 :

- Diminuer la prévalence des escarres de décubitus, principalement au talon, causés par un défaut de prévention infirmière
- Améliorer la détection par les infirmiers du statut nutritionnel et le suivi des soins nutritionnels aux patients dénutris
- Diminuer la fréquence des accidents liés à la contention appliquée par des infirmiers comme mesure de privation de liberté
- Améliorer la détection et le suivi de la douleur des patients par les infirmiers
- Proposer des thèmes adaptés à la psychiatrie
- En 2014 tous les hôpitaux belges peuvent se comparer sur ces thèmes, la Belgique peut se comparer à l'étranger, les autorités connaissent la situation, le Conseil peut faire des recommandations aux chefs de départements infirmiers et aux autorités pour améliorer les résultats.

Méthode qui sera appliquée de 2011 à 2014 :

Les thèmes sont introduits progressivement d'année en année – de même que les indicateurs permettant de les mesurer (d'abord des indicateurs de ressources et de processus, ensuite de résultats). Une fois un thème introduit il continuera à être évalué les années suivantes. Chaque année précédant l'introduction d'un thème et de ses indicateurs, les chefs de départements infirmiers recevront une fiche technique décrivant chaque indicateur : sa définition, le numérateur et dénominateur, comment le mesurer (à minima et dans l'idéal), et si cela existe quels sont les résultats trouvés dans la littérature ("target"). Chaque année où un thème sera introduit, le Conseil s'efforcera de diffuser des guides de bonnes pratiques utiles pour aider le chef du département infirmier à diffuser les bonnes méthodes de soins.

Deux "trajets" différents seront utilisés selon le groupe dans lequel se trouve l'hôpital. Le trajet "hôpital psychiatrique n'est pas encore fixé jusque 2014 car des choix concertés avec le secteur doivent encore être faits.

Hôpitaux non-psychiatriques :

En 2011 il est demandé d'évaluer le thème des **escarres** à l'aide des indicateurs de *ressources* et de *processus* que nous fournirons au mois de septembre 2011.

En 2012 il sera demandé d'ajouter des indicateurs de *résultats* au thème **escarre**. Et il faudra ajouter le thème **dénutrition** avec les indicateurs de *ressources* et de *processus* qui s'y rapportent.

En 2013 il sera demandé d'ajouter un dernier indicateur de *résultats* au thème **escarres** et d'ajouter les indicateurs de *résultats* au thème **dénutrition**. Cette année-là il s'ajoutera également les thèmes **contention** et **douleur** (uniquement indicateurs de *ressources* et de *processus*).

En 2014 il sera demandé d'ajouter les indicateurs manquant, à savoir les *résultats* pour la **contention** et la **douleur**.

Hôpitaux psychiatriques :

En 2011 il est demandé d'évaluer le thème de la **restriction de liberté (isolement-contention)** à l'aide des indicateurs de *ressources* et de *processus* que nous fournirons au mois de septembre 2011.

En 2012 il sera demandé d'ajouter les indicateurs de *résultats* au thème **restriction de liberté (isolement-contention)**. Et il faudra ajouter soit le thème **malnutrition** soit la **violence/agression** avec les indicateurs de *ressources* et de *processus* qui s'y rapportent. Ceci sera précisé en décembre 2011.

En 2013 il sera demandé d'ajouter les indicateurs de *résultats* au thème **de 2012**. Cette année-là nous ajouterons également 2 thèmes (uniquement indicateurs de *ressources* et de *processus*).

En 2014 il sera demandé d'ajouter les indicateurs manquant, à savoir les *résultats* pour **les derniers thèmes introduits**

Ces 2 "trajets" sont schématisés dans les tableaux suivants :

Tableau 14. Introduction progressive des thèmes et indicateurs pour les hôpitaux **NON-Psychiatriques**.

| Thèmes - niveaux | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------|------|------|------|------|
| Escarres | | | | |
| Structure | x | x | x | x |
| Processus | x | x | x | x |
| Résultats | | x* | x | x |
| Dénutrition | | | | |
| Structure | | x | x | x |
| Processus | | x | x | x |
| Résultats | | | x | x |
| Contention | | | | |
| Structure | | | x | x |
| Processus | | | x | x |
| Résultats | | | | x |
| Douleur | | | | |
| Structure | | | x | x |
| Processus | | | x | x |
| Résultats | | | | x |

L'enregistrement des escarres a été une obligation légale de 1987 à 2007, c'est la raison pour laquelle ce thème est introduit en premier.

Plus de la moitié des patients hospitalisés en Belgique bénéficient des services d'une équipe nutritionnelle multidisciplinaire chargée de collecter les indicateurs envisagés, c'est la raison pour laquelle ce thème est introduit en 2^{ème} lieu.

Le Conseil a réalisé, avec surprise, que le thème de la douleur constituait le plus grand défi, tant par ses implications multidisciplinaires que par son aspect novateur, ce qui explique son introduction en dernier lieu avec celui de la contention.

Tableau 15. Introduction progressive des thèmes et indicateurs pour les hôpitaux **PSYCHIATRIQUES**.

| Thèmes - niveaux | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------------|------|------|------|------|
| Contention | | | | |
| Structure | x | x | x | x |
| Processus | x | x | x | x |
| Résultats | | x | x | x |
| Dénutrition ? Violence ? | | | | |
| Structure | | x | x | x |
| Processus | | x | x | x |
| Résultats | | | x | x |
| ??????????? | | | | |
| Structure | | | x | x |
| Processus | | | x | x |
| Résultats | | | | x |
| ??????????? | | | | |
| Structure | | | x | x |
| Processus | | | x | x |
| Résultats | | | | x |

L'enregistrement des contentions et des privations de liberté est une obligation légale en psychiatrie, c'est la raison pour laquelle ce thème est introduit en premier lieu.

Les indicateurs de structure, de processus et de résultats, pour les 4 thèmes connus à ce jour, seront les suivants :

| Escarres | Dénutrition | Contention – privation liberté | | Douleur |
|---|---|---|---|---|
| | | NON-PSY | PSY | |
| Structure : | Structure : | Structure : | | Structure : |
| présence des protocoles de prévention EB | présence d'un protocole de dépistage, d'évaluation, de prise en charge des patients dépistés positifs | Présence d'un protocole multidisciplinaire | présence d'un Programme d'Amélioration Continue de la Qualité | Présence d'un service spécifique de prise en charge de la douleur (Pain Service) |
| présence d'un infirmier référent | présence d'un référent nutrition | Présence d'une équipe multidisciplinaire | identification des motifs de l'isolement dans dossier | Existence d'un plan stratégique d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans l'institution |
| présence d'une commission escarres | Organisation de formations continues sur ce thème | | Présence d'une procédure | |
| Mesure(s) régulière(s) de prévalence | | | enregistrement de l'incidence de l'isolement | |
| Disponibilité de matériel | | | enregistrement de l'incidence patient isolé au moins 1 fois | |
| Rubrique spécifique dans dossier | | | Enregistrement de l'incidence des contentions | |
| Processus : | Processus : | Processus : | | Processus : |
| Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un dépistage systématique | Dépistage systématique organisé à l'admission | Pourcentage de collaborateurs formés | Pourcentage de patients où la surveillance a été augmentée | Pourcentage de patients informés sur ce thème |
| Pourcentage de patients à risque ayant bénéficié d'une prévention | Risque noté au dossier du patient | Pourcentage de patients ayant eu un avis multidisciplinaire | Pourcentage de consentements éclairés | Pourcentage d'évaluation systématique de la douleur |
| | Consultation diététique notée au dossier du patient | Pourcentage de rapportage au dossier | | Pourcentage de patients bénéficiant d'un protocole |
| | | Pourcentage de | | |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | patients où la surveillance a été augmentée | | |
| Résultats : | Résultats : | Résultats : | | Résultats : |
| Prévalence escarres décubitus I-IV | Nombre de patients dénutris qui ont été pesé au moins 2 fois. | Nombre de privation de liberté par contention | Nombre de détection préventive du risque | Pourcentage de patients EVA>3 post-op J2 |
| Prévalence escarres décubitus II-IV | Nombre de patients dénutris qui ont une consultation de diététique notée au dossier | Nombre de contention selon la durée de celle-ci | Nombre de patients ayant le sentiment d'avoir pu s'exprimer | Pourcentage de patients satisfaits à la sortie |
| Prévalence escarres talon I-IV | | Nombre de contention selon le moment de celle-ci | | |
| Prévalence escarres talon II-IV | | Nombre de patients qui ont été attaché selon la fréquence | | |
| *Nombre patients avec escarre malgré prévention | | Chute de patient attaché | | |
| | | Chute de patient attaché ayant causé une plaie (selon gravité) | | |

Pour chacun de ces indicateurs, le Conseil fournira, l'année précédant leur introduction, une fiche technique descriptive contenant une définition, le numérateur et dénominateur, comment le mesurer (à minima et dans l'idéal), et si possible un objectif à atteindre ou un résultat auquel se comparer ("target").

7. Conclusions.

Les 3 grandes missions confiées au CFQAI visent à : stimuler la pratique infirmière basée sur des preuves scientifiques (EBN), aider les chefs de départements infirmiers à évaluer en interne la qualité de l'activité infirmière en déterminant avec eux des thèmes et indicateurs à utiliser, rédiger un rapport annuel anonymisé pour l'ensemble du pays qui reprend l'ensemble des résultats des évaluations internes fournis par les hôpitaux et le communiquer aux autorités.

Le Conseil a été installé en 2009, il est parti d'une page blanche et a dû s'approprier ses missions, se déterminer une vision, définir une méthode de travail et une manière de se concerter avec les chefs de départements infirmiers et d'autres experts utiles à son fonctionnement.

Ce premier rapport retrace ces différentes étapes et en fournit les premiers résultats.

Les objectifs du Conseil sont maintenant clarifiés et connus de tous les acteurs devant collaborer à l'atteinte de ceux-ci. D'ici 2014, la qualité des soins infirmiers dans les hôpitaux généraux belges devra s'améliorer dans le domaine de la prévention des escarres, de la prise en charge des soins nutritionnels, de la prévention des accidents liés aux contentions, et du suivi de la douleur des patients. Dans les hôpitaux psychiatriques, les objectifs seront différents (définis fin 2011) et les mesures de privation de liberté (contention et isolement) formeront le premier point d'évaluation.

En 2014 tous les hôpitaux pourront se comparer entre eux sur ces thèmes, la Belgique pourra se comparer à l'étranger, les autorités connaîtront la situation, et le Conseil sera en mesure de faire des recommandations aux chefs de départements infirmiers et aux autorités pour améliorer les résultats.

La méthode de travail qui a été choisie pour atteindre ces objectifs est composée d'un suivi d'Indicateurs Sensibles aux activités Infirmières (ISI) ; de la diffusion de bonnes pratiques basées sur des preuves scientifiques (EBN) ; et d'une collaboration avec l'initiative fédérale "contrats Qualité-Sécurité" pour ce qui est de l'implémentation d'une culture d'amélioration continue et d'une dynamique d'auto-évaluation des activités de soins.

Il nous faut signaler que dans certains champs de la pratique infirmière (obtenir l'adhésion du patient, implémenter avec succès des bonnes pratiques, développer certaines techniques de communication en santé mentale), l'état des connaissances scientifiques n'est pas important et des découvertes sont encore à faire. Pour pouvoir remplir les missions du Conseil en termes d'EBN, il est donc essentiel que la recherche infirmière soit correctement financée par les autorités.

Le Conseil se met dès à présent au travail pour implémenter cette méthode et y faire participer tous les chefs de départements infirmiers du pays. L'ambition est grande, les défis pour la profession infirmière aussi, mais nous savons tous que pouvoir délivrer des soins de qualité est un argument important d'attractivité de la profession infirmière, que cela a également un impact positif sur la morbidité hospitalière et sur les coûts pour la société. Toutefois, il serait illusoire de penser qu'un travail d'une telle ampleur puisse se faire sans ressources humaines, tant au sein des institutions de soins qu'au service du Conseil. Depuis sa mise en place, la coordination est assurée par un fonctionnaire à temps partiel et le secrétariat est assuré par des membres du SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, même

si les 2 secrétaires prévus dans l'AR de 2007 ne sont pas désignés, et le Conseil ne dispose pas – à l'instar des collèges de médecins – d'un budget propre. Pour les institutions de soins, comme indiqué dans les résultats des questionnaires 2009-2010, il semble indispensable également de trouver des ressources spécifiquement dédiées à l'accompagnement méthodologique de projets qualitatifs au sein du département infirmier (environ ½ ETP).

Il est également nécessaire de remplacer en 2011 quatre mandats effectifs actuellement vacants au sein du Conseil, ce qui n'a pu se faire dans le contexte d'affaires courantes.

Annexes :

- **AR 27/04/2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux.....37**
- **premier avis du conseil relatif à la recherche infirmière.....41**
- **programme du symposium du 03 mars 2011.....42**
- **courrier envoyé en juin 2011 aux chefs de départements infirmiers.....45**

- ANNEXE 1

AR 27/04/2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux.

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9quinquies, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et remplacé par la loi du 25 janvier 1999 et l'article 17^{quater}, inséré par la loi du 29 décembre 1990 et modifié par la loi du 29 avril 1996;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, notamment l'annexe, « Normes générales applicables à tous les établissements », rubrique III « Normes d'organisation », 12^{bis};

Vu l'avis du 30 août 2005 du Conseil national des Accoucheuses;

Vu l'avis du 20 juin 2006 du Conseil national de l'Art infirmier;

Vu l'avis du 9 novembre 2006 du Conseil national des Etablissements hospitaliers;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 18 janvier 2007;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 20 avril 2007;

Vu l'avis 42.242/3 du Conseil d'Etat, donné le 27 février 2007, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE I^{er}. — *Dispositions générales*

Article 1^{er}. En vue d'améliorer la qualité de l'activité infirmière, l'ensemble des services, fonctions et services médico-techniques, ainsi que les programmes de soins visés à l'article 9^{quater} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, il y a lieu de procéder à l'évaluation interne et externe de la qualité de l'activité infirmière.

CHAPITRE II. — *Evaluation interne de la qualité de l'activité infirmière*

Art. 2. Pour l'ensemble des services, fonctions, services médicotechniques et programmes de soins visés à l'article 1^{er}, le chef du département infirmier de l'hôpital concerné est responsable :

1° de l'enregistrement et de l'évaluation des données, suivant le modèle d'enregistrement et les recommandations proposé par le Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière visé à l'article 4 de cet arrêté;

2° de l'analyse des données enregistrées au niveau local à la lumière des indicateurs de qualité proposés par le Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière;

3° de la diffusion des recommandations relatives aux différents thèmes de soins infirmiers qui sont mises à disposition par le Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière et de la traduction de celles-ci sous forme de protocoles;

4° de stimuler les services, fonctions, services médico-techniques et programmes de soins visés à l'article 1^{er} à suivre un cycle d'amélioration de la qualité et à effectuer une auto-évaluation;

5° de la rédaction d'un rapport annuel relatif aux thèmes de soins infirmiers évalués qui comporte au moins les éléments suivants :

a) les valeurs, la stratégie et les objectifs poursuivis;

b) les actions d'amélioration y afférentes;

c) le système de gestion de la qualité mis en place en ce qui concerne la structure organisationnelle, les responsabilités et compétences, les procédures et processus;

d) les données enregistrées.

Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut préciser les modalités relatives au rapport annuel.

6° de transmettre le rapport annuel visé au 5° au Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière, au médecin chef et au directeur de l'hôpital, et d'en assurer la diffusion à l'intérieur du département infirmier;

7° de collaborer avec le Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière, notamment en favorisant la participation à des groupes de travail organisés par ce Conseil;

8° de sensibiliser le staff infirmier à l'évaluation et à l'amélioration qualitative de l'activité infirmière au sein de l'hôpital;

9° de proposer des mesures en vue d'améliorer la qualité de l'activité infirmière;

10° de promouvoir l'utilisation de l'Evidence Based Nursing en soutien à la pratique infirmière.

Art. 3. § 1^{er}. Le rapport visé à l'article 2, 5°, doit être rédigé sur la base d'un enregistrement interne, conformément au modèle d'enregistrement prévu à l'article 7, 2°, c). Il est rédigé et transmis dans les quatre mois suivant la fin de l'année concernée.

§ 2. L'enregistrement visé au § 1^{er} est basé sur des indicateurs décrits à l'article 7, 2°, b), relatifs à l'évaluation de l'activité infirmière dans les hôpitaux. Cette évaluation est effectuée à l'initiative du chef du département infirmier par des infirmiers qui mènent une activité dans l'hôpital.

CHAPITRE III. — *Evaluation externe de la qualité de l'activité infirmière*

Section 1^{re}. — Création, composition et nomination

Art. 4. En vue de l'évaluation externe de la qualité de l'activité infirmière, un Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière, également dénommé ci-après « Conseil fédéral », est créé au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, pour l'ensemble des services, fonctions, services médico-techniques et programmes de soins visés à l'article 1^{er}.

Art. 5. § 1^{er}. Le Conseil fédéral est composé d'infirmiers qui ont suivi une formation complémentaire dans la gestion de la qualité des soins et/ou en recherche scientifique et qui ont une expérience professionnelle utile d'au moins cinq ans.

§ 2. Le Conseil fédéral est composé de :

1° un coordinateur représentant le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement;

2° six membres effectifs et six membres suppléants, dont deux membres effectifs et deux membres suppléants assurent la fonction de chef du département infirmier, représentant les hôpitaux;

3° quatre membres effectifs et quatre membres suppléants représentant les universités;

4° un membre effectif et un membre suppléant qui sont membres du Conseil national de l'art infirmier;

5° un membre effectif et un membre suppléant qui sont membres du Conseil national des établissements hospitaliers.

§ 3. Le Conseil fédéral compte autant de membres francophones que de membres néerlandophones, le coordinateur, qui est bilingue, excepté.

Le coordinateur doit pouvoir présenter un certificat linguistique, délivré par le SELOR.

Art. 6. § 1^{er}. Les membres du Conseil fédéral sont nommés par le Roi pour une période de six ans, étant entendu que les mandats sont renouvelables une fois.

§ 2. Le coordinateur visé à l'article 5, § 2, 1°, est nommé sur la proposition du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

§ 3. Les membres visés à l'article 5, § 2, 2°, sont nommés après un appel aux hôpitaux sur une liste double de candidats présentés par ceux-ci.

§ 4. Les membres visés à l'article 5, § 2, 3°, sont nommés après un appel aux universités sur une liste double de candidats présentés par celles-ci.

§ 5. En cas de décès ou de démission d'un membre, ou dans le cas où un membre ne satisfait plus aux conditions de nomination, il est pourvu à son remplacement.

§ 6. Le membre suppléant assiste aux réunions en cas d'empêchement du membre effectif.

Section 2. — Missions

Art. 7. Le Conseil fédéral doit contribuer à catalyser, systématiser et harmoniser les démarches d'amélioration de la qualité de l'activité infirmière afin de favoriser les bonnes pratiques basées sur des données probantes. Dans ce cadre, le Conseil fédéral a pour mission, soit à la demande du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, soit de sa propre initiative :

1° de développer l'aspect scientifique de la profession infirmière à travers l'Evidence Based Nursing, notamment en :

a) soutenant des initiatives de recherche dans le domaine de l'art infirmier;

b) créant une banque de données fédérale reprenant des directives et des outils validés;

c) dressant un inventaire des références de bonne pratique infirmière en ce qui concerne des thèmes de soins infirmiers spécifiques;
d) concevant et en diffusant des recommandations fondées sur ces références;
e) composant des groupes de travail afin de diffuser, sur une plus grande échelle, entre les hôpitaux, les résultats positifs en matière d'évaluation qualitative de l'activité infirmière, et ce afin d'acquérir un meilleur aperçu des problèmes et des solutions y afférentes;

2° de favoriser la participation des infirmiers à la politique d'évaluation des processus de soins, notamment en :
a) proposant des thèmes de soins infirmiers qui peuvent faire l'objet d'une évaluation interne de la qualité de l'activité infirmière;
b) déterminant des indicateurs de qualité et des instruments de mesure en matière de bonne pratique infirmière. Les indicateurs peuvent être proposés par les hôpitaux et la sélection sera réalisée par le Conseil fédéral;
c) proposant un modèle d'enregistrement informatisé;
d) formulant des réponses aux questions des hôpitaux relatives aux processus d'évaluation et d'amélioration;

3° de favoriser la circulation des informations et l'échange de bonnes pratiques, notamment en :
a) définissant et en proposant un modèle de rapport type;
b) analysant les données enregistrées au niveau national;
c) rédigeant un rapport annuel national anonymisé en ce qui concerne l'identité des hôpitaux;
d) transmettant le rapport annuel visé au point c) aux chefs des départements infirmiers et aux directeurs des hôpitaux, au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, aux différentes instances du Service public fédéral, plus particulièrement, au Conseil national de l'art infirmier, au Conseil national des accoucheuses et au Conseil national des établissements hospitaliers, ainsi qu'au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions;
e) organisant des actions d'information et de sensibilisation à l'intention des hôpitaux.

Section 3. — Fonctionnement

Art. 8. Dans l'exécution des missions visées à l'article 7, le Conseil fédéral peut faire appel à des équipes de recherche universitaires, des experts, des représentants des autres catégories professionnelles qui exécutent des activités hospitalières, ainsi qu'instituer des groupes de travail chargés d'une mission précise.

Art. 9. En ce qui concerne les thèmes de soins infirmiers tel que visés à l'article 7, 2°, a), le Conseil fédéral peut procéder à une concertation pluridisciplinaire avec un ou plusieurs Collèges de médecins créés en exécution de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

L'initiative visant à évaluer en concertation un thème clinique bien déterminé comme visé dans l'alinéa 1^{er}, peut émaner tant du Conseil fédéral que d'un Collège de médecins.

Art. 10. Le secrétariat du Conseil fédéral est assuré par deux fonctionnaires du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement qui sont désignés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Art. 11. Le Conseil fédéral établit un règlement d'ordre intérieur et le soumet pour approbation au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Le règlement d'ordre intérieur contient entre autres les modalités spécifiques relatives à la collaboration et à la concertation avec les Collèges de médecins, le rapport entre le Conseil fédéral et les groupes de travail créés par lui.

Art. 12. Le coordinateur et les membres du Conseil fédéral ont droit :

1° à un jeton de présence de 25 EUR par séance d'une durée d'au moins deux heures;

2° à des indemnités pour frais de parcours conformément à l'arrêté royal du 18 janvier 1965 portant réglementation générale en matière de frais de parcours;

3° à des indemnités pour frais de séjour conformément à l'arrêté royal du 24 décembre 1964 fixant les indemnités pour frais de séjour des membres du personnel des ministères.

En ce qui concerne les indemnités visées aux points 2° et 3°, le coordinateur et les membres du Conseil fédéral sont assimilés aux fonctionnaires titulaires d'un grade classé dans les rangs 15 jusqu' à 17 y compris.

CHAPITRE IV. — Dispositions finales

Art. 13. Dans l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, le point 12°bis de l'annexe, « Normes générales applicables à tous les établissements », rubrique III « Normes d'organisation », est abrogé.

Art. 14. Notre Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 27 avril 2007.

ALBERT
Par le Roi :
Le Ministre de la Santé publique,
R. DEMOTTE

ANNEXE 2

La recherche infirmière : premier avis du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière donné à la Ministre Onkelinx.

Madame la Ministre,

Après les débats conduits d'abord au sein du groupe de travail "aspects scientifiques" et ensuite en réunion plénière, les membres du Conseil se permettent de vous soumettre leur premier avis concernant le développement des aspects scientifiques de la profession infirmière.

1. Le Conseil remercie Madame la Ministre d'avoir désigné des représentants de la profession dans le Conseil d'Administration du KCE. Notre désir est qu'ils parviennent à mettre quelques problématiques infirmières à l'ordre du jour de cet organe et que celui-ci envisage aussi l'angle infirmier dans chacune de ses recherches.

2. Le Conseil estime que les moyens accordés à la recherche infirmière dans notre pays devraient être augmentés.

Par souci d'efficacité, il propose aux autorités de Santé Publique d'établir un plan de recherche sur plusieurs années dans certains domaines de soins infirmiers. L'idéal serait de planifier des recherches-actions sur une période de 4 ans. Cette méthode permettrait également d'augmenter l'expertise de certains de nos chercheurs, de les fidéliser dans nos centres de recherche et de favoriser la réalisation de thèses doctorales par des infirmières dans une perspective d'académisation de la profession.

3. Le Conseil demande aux autorités fédérales d'accorder des bourses de recherche spécifiques pour la recherche en sciences infirmières. Ceci nous semble nécessaire car nous devons constater que le FRS et le FWO (organes communautaires) accordent des bourses pour la recherche fondamentale et non pour la recherche appliquée en sciences infirmières.

4. Le Conseil propose que les budgets de recherche dans le domaine infirmier soient prioritairement consacrés à l'identification, au développement et à l'implémentation de bonnes pratiques fondées sur les données probantes (Evidence Based Nursing). Il est également possible, lors de la réalisation de projets de recherche similaires, de mesurer l'impact sur la qualité et la sécurité des soins infirmiers ainsi que sur les aspects financiers des soins.

5. Le Conseil pense qu'il est profitable, à la fois pour les autorités et pour les professionnels, que des moyens annuels soient prévus pour la diffusion des résultats de ces recherches. Ceci est réalisable sous forme de publications scientifiques et professionnelles, et de symposiums par exemple.

Au cours des mois à venir, nous ne manquerons pas, Madame la Ministre, de vous faire des propositions concrètes répondant aux points 4 et 5 susmentionnés.

ANNEXE 3 - programme du symposium du 03 mars 2011

Symposium 2011 du CFQAI : Les indicateurs de la qualité de l'activité infirmière

03 mars 2011

Bedford Hotel & Congress Centre – Bruxelles

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité infirmière

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Direction générale Organisation des établissements de soins

Objectif

Voici maintenant 6 mois, les chefs de département infirmier ont répondu à la demande du CFQAI concernant les thèmes et méthodes d'évaluation de la qualité les plus importantes qu'ils avaient réalisés en 2009 et qu'ils comptaient réaliser à l'avenir. Pour ce faire, un questionnaire faisant office de rapport annuel pour la qualité a été complété.

Conformément à ce que prévoit la législation, les membres du Conseil souhaitent rencontrer les chefs de départements infirmier pour en discuter.

L'objectif de cette rencontre sera triple :

- exposer les résultats de cette vaste enquête
- présenter l'importance et les meilleures pratiques d'évaluation sur certains thèmes
- recueillir leur avis sur les propositions du Conseil en matière d'évaluation des pratiques infirmières

Leur participation à cette journée est prépondérante car elle sera l'occasion de faire remonter leurs expériences jusqu'au conseil et d'exprimer leurs avis avec plus de précisions et détails que dans un questionnaire.

Leur participation est importante car les témoignages qu'ils apporteront influenceront les décisions et options de travail du conseil pour les 4 ans à venir - notamment en ce qui concerne le rapport annuel qu'ils doivent fournir à l'avenir.

Groupe cible

Le symposium est particulièrement destiné aux chefs de département (directeurs) infirmiers.

Ils peuvent venir accompagnés d'un collaborateur de leur choix - par exemple auquel ils ont peut-être délégué une mission de coordination de la qualité.

| Programme | | | | | | | | | | |
|--|----------------|--|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| | 9h00 9h30 | Accueil | | | | | | | | |
| 1 | 9h30 9h50 | Introduction : objectifs de la journée, le rôle du CFQAI, ce qu'il a fait jusqu'à ce jour | | | | Miguel Lardennois, SPF Santé Publique, coordinateur du Conseil | | | | |
| 2 | 9h50 10h10 | Des résultats du questionnaire au choix des thèmes : Pourquoi ? Comment ? | | | | Dr. Peter Van Bogaert, Universiteit Antwerpen, membre du Conseil | | | | |
| Thèmes de soins qui peuvent faire l'objet d'une évaluation : le point de vue des experts. | | | | | | | | | | |
| 3 | 10h10 10h30 | Les escarres. | | | | Dr. Katrien Vanderwee, Universiteit Gent | | | | |
| 4 | 10h30 | Pause | | | | | | | | |
| 5 | 11h 11h20 | La dénutrition. | | | | Pr Dr. T. Pepersack, Hôpital Erasme | | | | |
| 6 | 11h20 11h40 | La douleur. | | | | Pr Dr. Fr. Bardiau, Université de Liège, membre du Conseil | | | | |
| 7 | 11h40 12h | La contention. | | | | Pr Dr. Koen Milissen, Katholiek Universiteit Leuven | | | | |
| 8 | 12h 12h15 | Organisation de la suite de la journée | | | | Miguel Lardennois, SPF Santé Publique, coordinateur du Conseil | | | | |
| 9 | 12h15 | Lunch | | | | | | | | |
| Workshops : Présentation et discussion, avec les directions infirmières, des méthodes et indicateurs. | | | | | | | | | | |
| 10 | 13h 14h30 | Escarres | | Nutrition | | Douleur | | Contention | | <i>Thèmes</i> |
| | | (A. Jacquery) | K. Vanderwee | T. Van Durme | Bart Geurden | Fr. Bardiau | S. Broekmans | David Leduc | K. Milissen | <i>Experts</i> |
| | | PVandenberge Jean Tomas | Van Rompaye St. Meukens | M.Lardennois L. Treccani | Tom Deboek N. Van Hoof | A. Hoterbeex M. Hubinon | PVandenBogaert Tamara Leune | Ph. Van Ham I. Cambier | L. Van Camp M.Mondelaars | <i>co- animateurs</i> |
| 11 | 14h30 | Pause | | | | | | | | |
| 12 | 15h 16h | Rapportage des résultats de chaque workshop : qu'est-ce qui a été proposé ? quel est l'avis des participants ? | | | | Un membre du Conseil/workshop | | | | |
| 13 | 16h 16h15 | Conclusion | | | | Ministre de la Santé Publique Ou Christiaan Decoster – DG, SPF Santé Publique | | | | |

Inscription

L'inscription est obligatoire et gratuite par le biais du site web (<http://www.health.belgium.be>).

Lors de son inscription, chaque participant doit choisir un thème de workshop auquel il désire participer.

Le nombre total de places est limité à 350. Le nombre de place par workshop est limité à 40.

L'inscription doit parvenir le 20 février 2011 au plus tard. Les inscriptions tardives ne seront pas prises en considération.

Lieu

Bedford Hotel & Congress Centre

Rue du Midi, 135

1000 Bruxelles

Transports en commun

Train : Gare du Midi, 10 minutes à pieds

Métro : lignes 2 et 6, arrêt Gare du Midi, 10 minutes à pieds

Pré-Métro : axe Nord-Midi, arrêt Anneesens, 3 minutes à pieds

Renseignements

Miguel Lardennois

Coordinateur

Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière

Tel: 02/524.85.90

E-mail: miguel.lardennois@health.fgov.be

ANNEXE 4 - courrier envoyé en juin 2011 aux chefs de départements infirmiers

Madame, Monsieur,

La loi sur les hôpitaux (version coordonnée et renumérotée du 10/07/2008 publiée au MB 07/11/2008) prévoit que "l'activité infirmière doit faire l'objet d'une évaluation qualitative tant interne qu'externe" et ceci dans "tous les services, fonctions, services médico-techniques et programmes de soins".

L'arrêté royal du 27/04/2007 (MB du 04/06/2007) précise que l'évaluation interne de la qualité de l'activité infirmière est de la responsabilité du chef du département infirmier, alors que l'évaluation externe est de la responsabilité du Conseil Fédéral pour la Qualité de l'Activité Infirmière qui est créé afin de procéder à cette évaluation.

Cette législation prévoit que vous nous transmettiez, fin mars de chaque année, le rapport annuel d'évaluation de la qualité de l'activité infirmière que vous avez réalisé en interne pour l'année antérieure. Le Conseil pouvant également vous demander de fournir des indicateurs sur base de propositions faites par les hôpitaux.

Comme vous le savez, nous vous avons déjà interrogé en 2010 à propos des priorités que vous aviez développées dans votre département en 2009 et 2010. Les réponses à ce questionnaire sont considérées par le Conseil comme étant équivalentes à la rédaction du rapport annuel pour 2009 et 2010.

Sur base des réponses aux questionnaires, le Conseil a identifié 4 thèmes (escarres, dénutrition, contention, et douleur) et des indicateurs utilisés actuellement pour les mesurer dans les différents départements infirmiers du pays. La méthode de sélection utilisée a été expliquée et confrontée à votre point de vue lors de notre symposium fédéral du 03 mars 2011 dont vous pouvez retrouver toutes les présentations sur notre site web www.cfqai.be.

Le Conseil a décidé de se fixer et de vous communiquer des objectifs clairs pour l'évaluation de la qualité de l'activité infirmière dans les 4 années à venir.

Nous voulons que vous puissiez avoir une vision précise de la direction que nous prenons et que vous puissiez vous y préparer pour les rapports annuels suivants (de 2011 à 2014).

Les thèmes sont introduits progressivement d'années en années – de même que les indicateurs permettant de les mesurer (d'abord des indicateurs de ressources et de processus, ensuite de résultats). Une fois un thème introduit il continuera à être évalué les années suivantes.

Chaque année précédant l'introduction d'un thème et de ses indicateurs, vous recevrez une fiche technique décrivant chaque indicateur : sa définition, le numérateur et dénominateur, comment le mesurer (à minima et dans l'idéal), et si cela existe quels sont les résultats trouvés dans la littérature ("target").

Chaque année où un thème sera introduit, nous nous efforcerons de vous diffuser des guides de bonnes pratiques utiles pour vous aider à diffuser les bonnes méthodes de soins.

L'objectif étant qu'en 2014 tous les départements infirmiers du pays puissent se comparer aux autres sur ces 4 thèmes et que le Conseil puisse faire des recommandations tant aux départements infirmiers qu'aux autorités sur les moyens à mettre en œuvre pour améliorer tous ces résultats.

Lors du symposium du 03 mars 2011, nous avons constaté que le choix des thèmes devait être différent entre les hôpitaux psychiatriques et tous les autres hôpitaux. C'est pourquoi 2 "trajets" différents sont utilisés selon le groupe dans lequel vous êtes. Le trajet "hôpital psychiatrique n'est pas encore fixé jusque 2014 car des choix concertés avec le secteur doivent encore être faits.

Hôpitaux non-psychiatriques (rapport annuel à remettre le 30 mars de l'année suivante) :

En 2011 il vous est demandé d'évaluer le thème des **escarres** à l'aide des indicateurs de *ressources* et de *processus* que nous vous fournirons au mois de septembre de cette année.

En 2012 il vous sera demandé d'ajouter des indicateurs de *résultats* au thème **escarre**. Et vous devrez ajouter le thème **dénutrition** avec les indicateurs de *ressources* et de *processus* qui s'y rapportent.

En 2013 il vous sera demandé d'ajouter un dernier indicateur de *résultats* au thème **escarres** et d'ajouter les indicateurs de *résultats* au thème **dénutrition**. Cette année-là nous ajouterons également les thèmes **contention** et **douleur** (uniquement indicateurs de *ressources* et de *processus*).

En 2014 il vous sera demandé d'ajouter les indicateurs manquant, à savoir les *résultats* pour la **contention** et la **douleur**.

Hôpitaux psychiatriques (rapport annuel à remettre le 30 mars de l'année suivante) :

En 2011 il vous est demandé d'évaluer le thème de la **restriction de liberté (isolement-contention)** à l'aide des indicateurs de *ressources* et de *processus* que nous vous fournirons au mois de septembre de cette année.

En 2012 il vous sera demandé d'ajouter les indicateurs de *résultats* au thème **restriction de liberté (isolement-contention)**. Et vous devrez ajouter soit le thème **malnutrition** soit la **violence/agression** avec les indicateurs de *ressources* et de *résultats* qui s'y rapportent. Ceci vous sera précisé en décembre 2011.

En 2013 il vous sera demandé d'ajouter les indicateurs de *résultats* au thème **de 2012**. Cette année-là nous ajouterons également 2 thèmes (uniquement indicateurs de *ressources* et de *processus*).

En 2014 il vous sera demandé d'ajouter les indicateurs manquant, à savoir les *résultats* pour **les derniers thèmes introduits**

Vous trouverez en annexe des tableaux synthétiques reprenant la méthode d'évaluation progressive expliquée ci-dessus – et également déjà la liste des indicateurs qui seront choisis.

Pour mémoire, l'enregistrement des escarres a été une obligation légale de 1987 à 2007. Plus de la moitié des patients hospitalisés en Belgique bénéficient des services d'une équipe nutritionnelle multidisciplinaire chargée de collecter les indicateurs prévus en annexe. L'enregistrement des contentions et des privations de liberté est une obligation légale en psychiatrie. Nous sommes donc persuadés que vous pourrez vous conformer à ces demandes d'évaluation interne des pratiques dans votre département. Nous vous aiderons bien sûr à pouvoir le faire de la manière la plus simple et non chronophage possible, et de manière standardisée afin de pouvoir vous comparer aux autres.

Conformément à l'arrêté royal du 27/04/2007 (MB du 04/06/2007), le Conseil Fédéral prépare lui-aussi son rapport annuel sur l'évaluation externe de la qualité de l'activité infirmière dans les hôpitaux. Celui-ci sera disponible sur notre site web dès le mois de septembre 2011.

Tout renseignement complémentaire au sujet des rapports annuels peut être obtenu par écrit (par email) auprès du conseil.

En vous remerciant pour votre collaboration.

Pour le Conseil Fédéral,
M. Lardennois, inf.

Coordinateur.

ANNEXE au courrier envoyé en juin 2011 aux chefs de départements infirmiers

Evaluation qualité activité infirmière 2011 – 2014 : indicateurs

NB : Rapport annuel à remettre le 30 mars de l'année suivante.

HOPITAUX NON-PSY

| Thèmes - niveaux | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------|------|------|------|------|
| Escarres | | | | |
| Structure | x | x | x | x |
| Processus | x | x | x | x |
| Résultats | | x* | x | x |
| Dénutrition | | | | |
| Structure | | x | x | x |
| Processus | | x | x | x |
| Résultats | | | x | x |
| Contention | | | | |
| Structure | | | x | x |
| Processus | | | x | x |
| Résultats | | | | x |
| Douleur | | | | |
| Structure | | | x | x |
| Processus | | | x | x |
| Résultats | | | | x |

Un an à l'avance, sera envoyé aux hôpitaux une fiche descriptive pour chaque indicateur : titre – définition – comment le mesurer (minimaliste/optimal). L'année d'introduction d'un nouveau thème, actions de diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Début 2012, mise en place d'un groupe de travail CFQAI-Anesthésistes-QS pour préparer le thème douleur.

HOPITAUX PSY

| Thèmes - niveaux | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------------------------|------|------|------|------|
| Contention | | | | |
| Structure | x | x | x | x |
| Processus | x | x | x | x |
| Résultats | | x | x | x |
| Dénutrition ? Violence ? | | | | |
| Structure | | x | x | x |
| Processus | | x | x | x |
| Résultats | | | x | x |
| Dénutrition ? Violence ? | | | | |
| Structure | | | x | x |
| Processus | | | x | x |
| Résultats | | | | x |
| ???????????? | | | | |
| Structure | | | x | x |
| Processus | | | x | x |
| Résultats | | | | x |

Un an à l'avance, sera envoyé aux hôpitaux une fiche descriptive pour chaque indicateur : titre – définition – comment le mesurer (minimaliste/optimal). L'année d'introduction d'un nouveau thème, actions de diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Dès septembre 2011, mise en place d'un groupe de travail CFQAI-réseau PSY QS pour préparer les thèmes 2012-2014.

INDICATEURS

| Escarres | Dénutrition | Contention – privation liberté | | Douleur |
|---|---|---|--|---|
| | | NON-PSY | PSY | |
| Structure : | Structure : | Structure : | | Structure : |
| présence des protocoles de prévention EB | présence d'un protocole de dépistage, d'évaluation, de prise en charge des patients dépistés positifs | Présence d'un protocole multidisciplinaire | présence d'un Programme d' Amélioration Continue de la Qualité | Présence d'un service spécifique de prise en charge de la douleur (Pain Service) |
| présence d'un infirmier référent | présence d'un référent nutrition | Présence d'une équipe multidisciplinaire | identification des motifs de l'isolement dans dossier | Existence d'un plan stratégique d'amélioration de la prise en charge de la douleur dans l'institution |
| présence d'une commission escarres | Organisation de formations continues sur ce thème | | Présence d'une procédure | |
| Mesure(s) régulière(s) de prévalence | | | enregistrement de l'incidence de l'isolement | |
| Disponibilité de matériel | | | enregistrement de l'incidence patient isolé au moins 1 fois | |
| Rubrique spécifique dans dossier | | | Enregistrement de l'incidence des contentions | |
| Processus : | Processus : | Processus : | | Processus : |
| Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un dépistage systématique | Dépistage systématique organisé à l'admission | Pourcentage de collaborateurs formés | Pourcentage de patients où la surveillance a été augmentée | Pourcentage de patients informés sur ce thème |
| Pourcentage de patients à risque ayant bénéficié d'une prévention | Risque noté au dossier du patient | Pourcentage de patients ayant eu un avis multidisciplinaire | Pourcentage de consentements éclairés | Pourcentage d'évaluation systématique de la douleur |
| | Consultation diététique notée au dossier du patient | Pourcentage de rapportage au dossier | | Pourcentage de patients bénéficiant d'un protocole |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | | Pourcentage de patients où la surveillance a été augmentée | | |
| Résultats : | Résultats : | Résultats : | | Résultats : |
| Prévalence escarres décubitus I-IV | Nombre de patients dénutris qui ont été pesé au moins 2 fois. | Nombre de privation de liberté par contention | Nombre de détection préventive du risque | Pourcentage de patients EVA>3 post-op J2 |
| Prévalence escarres décubitus II-IV | Nombre de patients dénutris qui ont une consultation de diététique notée au dossier | Nombre de contention selon la durée de celle-ci | Nombre de patients ayant le sentiment d'avoir pu s'exprimer | Pourcentage de patients satisfaits à la sortie |
| Prévalence escarres talon I-IV | | Nombre de contention selon le moment de celle-ci | | |
| Prévalence escarres talon II-IV | | Nombre de patients qui ont été attaché selon la fréquence | | |
| *Nombre patients avec escarre malgré prévention | | Chute de patient attaché | | |
| | | Chute de patient attaché ayant causé une plaie (selon gravité) | | |