

# Les expériences des hôpitaux du Grand-Duché de Luxembourg par rapport à l'approche qualité et à la gestion des risques

## 10èmes Assises Nationales QUALIBIO 2005

### Le contexte de départ relatif à l'approche Qualité

Le Luxembourg, depuis 1998, œuvre de manière concertée et planifiée dans le domaine de l'amélioration de la qualité des prestations hospitalières.

Avant d'entrer dans les détails concernant l'approche qualité, il y a lieu de présenter sommairement par quelques chiffres le Grand-Duché du Luxembourg:

Le Luxembourg est un des plus petits pays de l'UE avec +/- 450 000 habitants et un PIB de 23 745 000 000 €. ( source : rapport IGSS, édition 2005 )

592 800 personnes sont protégées « assurance maladie » luxembourgeoise. Ceci s'explique e.a. par les chiffres suivants ( source : rapport IGSS, édition 2005 ) :

206 000 personnes sont en activité tous secteurs confondus et le nombre de frontaliers qui travaillent au Luxembourg est de 112 000 personnes venant notamment de la France, de la Belgique et de l'Allemagne.

Les dépenses assurance maladie en 2004 se chiffrent à 1 650 000 000 € dont 1 053 000 000 € de prestations en nature délivrés au Luxembourg et les dépenses hospitalières représentent 48,4% de ce dernier montant ( honoraires médicaux exclus ). ( source : rapport IGSS, édition 2005 )

22 000 personnes sont employées dans le secteur de la santé et de l'action sociale, soit 8% de l'emploi national.

Quelque 7 150 personnes sont employées dans le secteur hospitalier proprement dit. ( source : rapport IGSS, édition 2005 )

Le taux de chômage en 2005 est de 4,8% et le taux d'inflation peut être estimé à 2,5%.

### Le contexte sanitaire:

Le Luxembourg compte 3 régions hospitalières avec 8 établissements de soins aigus et 6 centres spécialisés (Institut national de Chirurgie Cardiaque et de Cardiologie Interventionnelle, Centre national de Radiothérapie, Centre Neuropsychiatrique, Centre de Rééducation Gériatrique, Centre national de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, Clinique Dr Bohler).

Le nombre total de lits aigus tels que définis pour 2005 par le plan hospitalier national est de 2307, ce qui équivaut à un taux d'environ 5 lits par 1000 habitants.

Des fusions et collaborations entre établissements ont été demandées et favorisées par les instances étatiques et ont amené plusieurs hôpitaux à fusionner au cours des 2 à 3 dernières années.

La durée moyenne de séjour est actuellement de 7,3 jours. ( source : rapport IGSS, édition 2005 )

Le système d'assurance maladie obligatoire couvre la quasi totalité de la population.

Sauf des cas spécifiques, la médecine est essentiellement exercée en statut libéral, y compris dans les établissements hospitaliers et de soins. Le Grand-Duché de Luxembourg compte 1.422 médecins conventionnés avec l'assurance maladie, répartis comme suit : 56% de médecins spécialistes, 22% médecins généralistes et 22% médecins dentistes. ( source : rapport IGSS, édition 2005 )

Les prestations médicales font l'objet d'honoraires versés directement aux médecins par les patients et remboursés par l'assurance maladie, mais les prestations médicales dans les hôpitaux sont en grande partie intégrées dans le système du tiers payant.

Les prestations hospitalières sont directement prises en charge par l'Assurance maladie via le système du tiers payant.

#### Le contexte légal et conventionnel:

Suite à la réforme du système de financement de l'assurance maladie sur base de la loi du 27 juillet 1992, il a été instauré depuis 1995 le financement des frais de fonctionnement des établissements de santé sur base d'un budget prévisionnel.

La loi du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers a confirmé les orientations déjà retenues par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé en fixant le nouveau cadre de fonctionnement des établissements hospitaliers du Grand-Duché de Luxembourg. Cette loi a notamment pour objet d'adapter la situation des établissements hospitaliers luxembourgeois à l'évolution incessante des connaissances et pratiques du monde de la santé.

La mise en oeuvre des programmes « Incitants Qualité » convenue dans le cadre d'une convention entre l'association hospitalière luxembourgeoise (EHL) et l'Union des Caisses de Maladie (UCM) intervient suite à aux interventions précitées du législateur. Elle fut une totale nouveauté dans la gestion hospitalière luxembourgeoise.

Elle s'inscrit dans un contexte d'exercice libéral de la médecine, mais aussi dans un panorama hospitalier en plein bouleversement, à savoir :

- une diminution du nombre de lits aigus programmée
- des synergies hospitalières
- une redéfinition de missions pour certains établissements
- des contraintes budgétaires
- des rénovations et construction hospitalières
- un développement de la transparence de gestion

Elle s'inscrit aussi dans un contexte de développement de la qualité qui a été **avant 1995:**

- présent mais hétérogène
- non coordonné
- peu structuré
- centré sur les effets économiques des décisions
- sans concertation nationale sur le niveau de qualité à atteindre

#### **Les Programmes Incitants Qualité (IQ)**

##### **1) La base : la convention cadre conclue entre Entente des Hôpitaux Luxembourgeois (EHL) et Union des Caisses de Maladie (UCM) :**

Une convention cadre fixe les règles des négociations budgétaires des différents hôpitaux avec l'organisme financier qu'est l'Union des Caisses de Maladie. Cette convention prévoit également un certain nombre de commissions paritaires pour définir les normes de dotation du personnel, le choix des investissements techniques ou l'approche « Evaluation de la Qualité ».

## 2) Les objectifs :

### a) Aider au développement de la Qualité des prestations offertes aux patients :

Le désir des partenaires EHL – UCM lors de la définition et de la mise en place du modèle des Incitants Qualité était en premier lieu d'aider au développement de la qualité des prestations hospitalières offertes aux patients, de sensibiliser tous les acteurs hospitaliers à l'approche qualité et de garantir une dynamisation des processus d'amélioration continue des prestations.

### b) Définir en consensus entre les partenaires un ou des programmes IQ nationaux :

Les accords conclus entre l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois et l'Union des Caisses de Maladie ont abouti à la réalisation d'un certain nombre de programmes dits « Incitants Qualité » évalués par une commission composée paritairement de représentants de l'Union des Caisses de Maladie et de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois. Ces programmes ont eu le mérite d'avoir indiscutablement contribué à renforcer la communication interne dans les hôpitaux autour du thème de la qualité même s'il fallait continuer sur cette lancée et officialiser de nouvelles actions dans le futur.

Les établissements hospitaliers gardaient un libre choix quant à leur participation à ces Incitants Qualité et quant au développement interne de la stratégie de mise en place et de changement.

L'hôpital est autonome dans sa stratégie de choix des programmes qualité. Néanmoins, pour chaque programme est définie une date ultime à partir de laquelle les programmes deviennent alors une **norme conventionnelle** entre les Caisses de Maladie et les Hôpitaux. Ils peuvent alors être réglementés par les organes de tutelle.

Autres objectifs des programmes IQ :

- La sensibilisation de tous les acteurs hospitaliers à l'approche Qualité

Les expériences vécues depuis 1998 dans l'approche qualité par programmes qualité ciblés et l'évolution vers un système de management de la qualité démontrent la volonté de tous les acteurs de s'adapter aux changements et développements sanitaires, techniques, médicaux, sociaux et économiques.

- Le versement d'une prime « Qualité » de maximum 2% du budget opposable

L'évaluation des programmes Incitants Qualité est réalisée – sur base de critères et référentiels préétablis par la Commission d'Evaluation - par des experts externes et indépendants choisis de part et d'autre par l'EHL et l'UCM. Les experts procèdent pour leur évaluation par une visite sur site et se réfèrent également au rapport qualité annuel que chaque établissement doit remettre. La note attribuée engendre une prime financière.

Le processus mis en oeuvre dans le cadre des Incitants Qualité n'est pas un processus d'évaluation de la qualité des prestations hospitalières.

Il s'agit plus particulièrement de mettre en oeuvre de manière unifiée sur le plan national, sur base de concertation, partenariat et volontariat dans un premier temps, des programmes améliorant la qualité des processus ou des moyens, et considérés comme aidant le développement de la qualité des prestations offertes à la personne soignée à l'hôpital.

La prime annuelle de 2 % maximum est donc un outil de dynamisation des processus d'amélioration continue de la qualité dans le secteur hospitalier. Il s'agit d'une enveloppe attribuée aux établissements qui acceptent en contre-partie de s'engager dans des programmes qualité définis de commun accord entre partenaires : Caisses de Maladie et Entente des Hôpitaux.

La prime qualité ne sert pas à financer les moyens à mettre en oeuvre pour réaliser un programme qualité. Ceux-ci sont repris dans le budget de l'établissement. La prime qualité est en réalité une disponibilité financière supplémentaire pour l'hôpital qui est libre de décider de son utilisation.

La mise en oeuvre des programmes Incitants Qualité au Grand-Duché de Luxembourg représente un coût financier supplémentaire à court terme pour les Caisses de Maladie, puisque la charge comprend :

- l'attribution d'une prime jusqu'à un maximum de 2 % du budget opposable
- les moyens nécessaires à la réalisation des programmes Incitants Qualité

### **Le pilotage des Incitants Qualité**

➡ La Commission d'évaluation et la Commission des budgets

Les établissements hospitaliers ainsi que les Caisses de Maladie formulent les programmes qualité souhaités. Mais c'est en partenaires responsables que le choix est réalisé.

Une commission d'évaluation, organe paritaire entre l'Entente des Hôpitaux et les Caisses de Maladie, est chargée de la détermination des programmes à retenir, ainsi que de la méthode d'évaluation à mettre en place pour mesurer le degré de réussite des établissements dans le programme qualité choisi.

Le montant de la prime annuelle est déterminé par la commission d'évaluation, phase évaluation, prévue à l'article 43 de la convention-cadre EHL/UCM sur base d'un rapport présenté par l'hôpital duquel ressort le degré d'accomplissement des critères.

#### Les voies de recours :

En cas de désaccord au sein de la commission d'évaluation au sujet du montant de la prime allouée à un hôpital, la partie la plus diligente respectivement de l'EHL et de l'UCM peut saisir la commission des budgets qui tranche définitivement dans le mois de la saisine.

➡ Les Groupes de suivi nationaux

Pour chaque programme IQ spécifique fut créé au niveau national un « Groupe de suivi » pour piloter les activités à réaliser avec les coordinateurs de la réalisation des programmes dans les hôpitaux.

➡ Les Coordinateurs Qualité dans les institutions

L'Union des Caisses de Maladie accorda aux hôpitaux les moyens financiers pour engager des coordinateurs Qualité dans chaque établissement afin de coordonner la Gestion Qualité de l'établissement. Les coordinateurs Qualité se réunissent également à intervalles réguliers au niveau national (EHL) pour se concerter et échanger leurs points de vues et leurs expériences. Ils participent également à la préparation des travaux de la Commission d'évaluation, phase programmes, ensemble avec les représentants de l'EHL à cette commission.

## **Les programmes IQ ciblés**

### ➤ Démarrage en 1998

Lors du démarrage de ce modèle, une cinquantaine de programmes ont été proposés par les établissements.

Huit ont été priorisés par la commission d'évaluation.

Puis les établissements hospitaliers ainsi que les caisses de maladie ont du faire un choix et ont retenu unanimement quatre programmes qui se sont tous étalés sur plusieurs années.

Bien entendu, l'établissement hospitalier peut et se doit de continuer le développement de la qualité et la rationalisation de ses ressources en dehors du cadre des Incitants Qualité. Ils y sont d'ailleurs largement invités par les Caisses de Maladie.

### ➤ Les quatre programmes retenus à partir de 1998 furent

- ▶ La mise en oeuvre d'un dossier de la personne soignée
- ▶ L'hygiène hospitalière et la surveillance des infections nosocomiales
- ▶ L'évaluation et le soulagement de la douleur des personnes soignées
- ▶ L'amélioration de la qualité technique des mammographies

### ➤ Début des évaluations annuelles en 1999

## **Le bilan des programmes IQ – Points forts / Points faibles**

En 2002 les partenaires EHL et UCM ont réalisé un bilan après 5 années d'expérience du modèle des Incitants Qualité.

Sur base de cette analyse les points forts suivants ont pu être dégagés:

### ➤ Tous les établissements hospitaliers ont participé

Les établissements avaient intérêt à voir se développer ces programmes Incitants Qualité, car même s'ils sont contraignants dans leur réalisation, ils permirent aux établissements de participer activement à l'élaboration des normes qualitatives, et non pas de devoir subir une norme ministérielle imposée.

Une collaboration entre les établissements put se développer permettant aux hôpitaux ayant des stades d'évolution différents dans les programmes de bénéficier du travail des autres.

Chaque établissement a réalisé une analyse de départ et de l'existant. L'importance d'une réflexion « qualité » a été institutionnalisée et les échanges inter-établissements se sont développés

### ➤ Nous avons assisté à une prise de conscience de l'importance d'une réflexion « Qualité » et de la gestion des risques

Par le développement de moyens et de processus plus performants, nous pouvons espérer une amélioration de la qualité de nos prestations avec par exemple plus de sécurité dans la documentation, un meilleur dépistage des cancers du sein, une meilleure prise en charge de la douleur, un moindre risque de contracter une infection nosocomiale.

L'assuré peut donc espérer une plus value qualité des prestations offertes mais aussi en quelques années une équité, car il pourra bénéficier de processus similaires quelque soit son lieu d'hospitalisation.

- Une dynamique de mise en cause des pratiques entamée
- Une dynamique de processus d'amélioration engendrée

Ce modèle fut générateur de dialogue au sein des corps professionnels car il obligea à une concertation nationale et institutionnelle autour de sujets qui à ce jour étaient traités parfois par service ou par hôpital. Cela obligea à asseoir des choix nationaux sur des éléments scientifiques, sur l'expérience des autres, et notamment invita inmanquablement à se tourner vers les expériences étrangères pour analyser leurs forces et leurs désavantages.

- Concernant la transparence des notes obtenues

Ce point peut être classé parmi les points forts mais aussi parmi les points faibles selon la vision que l'on a du sujet.

Les notes sont en principe officialisées au niveau des conseils d'administration de l'association hospitalière (EHL) et de l'Union des Caisses de Maladie (UCM) en même temps qu'elles sont continuées chacun pour sa part aux établissements concernés. Elles sont ultérieurement également officialisées au niveau du Ministère de la Santé après que chaque établissement les a communiqués dans le cadre des questionnaires pour l'établissement de la carte sanitaire.

On ne peut toutefois pas encore parler de véritable benchmarking et un risque de détournement des résultats avec apparition de classements officialisés dans la presse sans les commentaires nécessaires a déjà été vécu avec un grand traumatisme.

**Il est donc aussi nécessaire de parler également des points faibles dans la démarche choisie:**

- Certains programmes au départ trop ambitieux, respectivement mal adaptés par rapport aux missions spécifiques de certaines institutions

D'autre part, le risque d'une « compétition à outrance » entre établissements persiste.

Les rapports d'évaluation des experts ont assez souvent été contestés et parfois été critiqués comme trop subjectifs.

- Nous avons aussi constaté une implication non uniforme des responsables des hôpitaux

L'implication des cadres et de la direction des établissements n'était pas uniforme

L'implication et l'adhérence du corps médical aux Incitants Qualité n'étaient pas homogène.

- L'implication et l'adhérence non homogène du corps médical sont quant à elles surtout liées au fait que les médecins exercent en grande majorité en pratique libérale

Une nouvelle approche a donc été recherchée.

### **L'évolution vers un outil de management global de la Qualité – EFQM**

Les partenaires EHL et UCM suite à ce bilan et étant donné que la plupart des programmes venaient à leur fin en 2003 se sont mis d'accord de faire évoluer le principe des Incitants Qualité – au départ axé sur des programmes ciblés – vers une approche de « total quality management » en respectant les principes suivants:

- Avoir comme centre d'intérêt le patient

- Fédérer tous les acteurs des établissements de santé autour du même objectif
- Opter pour le modèle le mieux adapté à la situation sanitaire, légale et professionnelle du GDL
- Impliquer les cadres, la direction et le corps médical plus directement dans la gestion de la qualité
- Utiliser un mode de communication et de sensibilisation le plus adapté

et

- ▶ Confier l'évaluation à des experts externes
- ▶ Maintenir la prime financière

### ► **Le choix :**

Après discussion dans les instances de EHL et de l'UCM, respectivement en Commission d'Evaluation sur différents choix possibles (ISO 9000, KTQ, EFQM), il a été décidé d'un commun accord d'opter pour le modèle de management de la qualité selon EFQM. Le système EFQM tient compte d'un certain nombre de critères à considérer par rapport à **des processus et des résultats** et l'expérience acquise dans le cadre des incitants-qualité sera réinvestie dans la nouvelle approche de gestion totale de qualité dont le moteur sera la communication à tous les niveaux. La décision a été prise paritairement à l'automne 2001.

### **Cette décision intervient à un moment où les Ministères de la Santé et surtout celui de la Sécurité Sociale relancent eux-aussi les débats sur le sujet**

Un des principaux soucis du Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale est de trouver la méthode adéquate pour associer efficacement le corps médical à la gestion des établissements hospitaliers à gérer suivant une approche « gestion d'entreprise ». Ceci implique également une meilleure responsabilisation des médecins par rapport à la gestion de l'établissement qui les occupe.

Parallèlement à ce discours, les hôpitaux ont été invités à présenter pour l'automne 2005 un programme pour une gestion encore plus efficiente.

Les actions de sensibilisation engagées au niveau des Ministères de la Santé et de la Sécurité Sociale ont été lancées sous les slogans suivants :

***Soigner mieux en dépensant moins  
Financer et dépenser suivant l'utile et le nécessaire***

Ces actions ont vu le jour suite à la forte croissance des dépenses hospitalières depuis 2000 (9,6 % par an) tout en précisant que cette croissance est en grande partie engendrée par les nouvelles constructions d'infrastructures hospitalières.

**C'est dans ce contexte de recyclage des actions à mener en commun qu'intervient la démarche vers l'EFQM décidée par les hôpitaux et les Caisses de Maladie.**

### **Les objectifs du Plan d'Action vers l'EFQM**

Les établissements utiliseront le modèle EFQM comme outil de management de la Qualité pour l'ensemble de leurs activités.

Les décideurs au niveau de l'EHL et de l'UCM sont bien conscients que ce choix est ambitieux et qu'il faudra permettre aux établissements de se préparer de façon efficace et structurée à ce défi.

Afin de donner toutes les chances de réussite à ce projet, il a été décidé d'instaurer une phase transitoire qui devrait permettre à chacun de se mettre en phase avec les attentes qualitatives du modèle EFQM.

### **Le Plan d'Action pour l'implémentation de l'EFQM**

La phase transitoire est prévue de durer de 2003 à 2006, l'année pour laquelle chaque établissement de soins devrait fonctionner selon EFQM et le moment pour réaliser un premier assessment externe selon EFQM.

#### **➤ La phase transitoire prévoit une planification d'étapes annuelles aidant les établissements de santé à se préparer en 2006 à répondre aux objectifs**

Les attentes des programmes transitoires annuels peuvent être résumées ainsi :

En 2003 fut créé au sein de chaque établissement un comité de pilotage (dans lequel la direction était intégrée) en charge du management de la qualité et surtout de la communication autour du modèle EFQM et de la stratégie de changement à prévoir.

L'année 2004, en continuant les démarches entreprises et planifiées en 2003, visait une première auto-évaluation avec définition d'un plan d'action d'amélioration.

Pour 2005 il est attendu une deuxième auto-évaluation en vue de continuer la dynamisation de la démarche d'amélioration continue et – ce qui sera une nouveauté – la mise en place d'indicateurs de performance qui eux permettront dans le futur le monitoring des établissements de santé par rapport à des référentiels nationaux respectivement internationaux. Il sera néanmoins seulement évalué pour cette année l'implémentation de ces indicateurs de performance et non déjà les résultats obtenus.

#### **➤ La phase transitoire devrait permettre une évolution des établissements hospitaliers vers les objectifs selon les mêmes principes directeurs**

Ces programmes pourront alors aussi faire l'objet d'une évaluation externe et indépendante par des experts désignés par l'EHL et l'UCM.

Ceci permettra le maintien du principe de la prime qualité également dans la phase transitoire.

A partir du module 2006, concernant la prime IQ, la prime Qualité actuelle pourrait être scindée en deux et il y aurait lieu de distinguer entre deux volets A et B :

- Le volet A concernera l'utilisation de l'outil EFQM et l'évolution de l'établissement en considération de l'utilisation de celui-ci: **Prime de Qualité**.
- Le volet B concernera la mise en place du système de monitoring suivant les indicateurs de performance décidés paritairement: **Prime de Performance**.

### **Les axes de travail durant la transition :**

La Commission avait décidé de définir un programme-cadre permettant aux hôpitaux d'atteindre les objectifs visés pour 2006.

Dans ce sens il y a définition de critères d'évaluation de manière à servir de balises tant pour les établissements pour mieux appréhender la portée des contenus que pour les experts lors de leur évaluation. Les évaluations des experts réalisées en 2004 et 2005 portent sur la manière dont les autoévaluations seront réalisées et non sur le résultat de celles-ci

Ainsi pour les années 2003 à 2006 on peut résumer les axes de travail de façon suivante :

- préparer les établissements et leurs acteurs à l'utilisation du modèle de management de la qualité EFQM-réaliser des autoévaluations annuelles selon le modèle de management de

- la qualité EFQM et d'en définir un plan d'action d'amélioration et l'intégration des programmes incitants qualité dans les processus clés
- mettre en place des indicateurs de qualité et performance

### **L'approche « gestion des risques » dans notre modèle :**

Les programmes cadres avec l'objectif 2006 – utilisation de l'EFQM – intègrent dès le départ la notion de la gestion des risques.

Il faudra tenir compte que dans la phase transitoire un des objectifs sera de sensibiliser les établissements à cette approche faisant partie intégrante du modèle EFQM.

Le contenu se rapportant à ce point a été formulé de façon suivante :

*« Les actions visant la prévention des risques pour la personne soignée et pour le personnel sont menées en priorité.*

*L'établissement veille à ce que les actions qui sont menées concernent les 3 départements de l'établissement. »*

Les critères suivants ont été formulés pour aider les établissements à atteindre l'objectif attendu au point de vue de la gestion des risques :

- L'établissement a défini une politique de gestion des risques qui s'inscrit dans le projet d'établissement La politique de gestion des risques de l'établissement prévoit entre autres une prévention des risques pour les personnes soignées et pour les différentes catégories de personnel La politique de gestion des risques est basée sur une cartographie des risques identifiée à partir de l'analyse des risques dans les processus clés de prise en charge des personnes soignées au sein de l'établissement Les actions mises en œuvre dès le premier trimestre 2005 visent en priorité la prévention des risques pour les personnes soignées et les différentes catégories de personnel

### **Exemples concrets :**

Pour illustrer les efforts mis en place par les hôpitaux dans le cadre de la gestion des risques, notamment dus à la sensibilisation réalisée par les Incitants Qualité, on pourra lire ci-dessous quelques cas concrets de développement de politique de gestion des risques et de réalisations concrètes au niveau national et/ou dans un ou plusieurs hôpitaux luxembourgeois :

#### **1. Maîtrise des risques « Infections Nosocomiales » :**

- Mise en œuvre de l'enregistrement structuré de germes sentinelles sur base de recommandations nationales ou internationales (p.ex. MRSA)
- Développement d'un outil informatique de collecte de données
- Assurance du dépistage des infections nosocomiales
- Développement d'indicateurs de suivi et de qualité
- Maîtrise de l'enregistrement et de l'alerte des germes sentinelles

2. Maîtrise des risques relatifs à la traçabilité d'informations relatives à la situation clinique du patient :

- Les éléments contenus au dossier de la personne soignée garantissent la continuité des soins La traçabilité du matériel médico-chirurgical utilisé en endoscopie, en bloc opératoire, en radiologie et en maternité est garantie Des évaluations de la qualité de la prise en charge multidisciplinaire (médicale, soignante) sont organisées

3. Maîtrise des risques alimentaires :

- Elaboration d'un guide national de bonnes pratiques HACCP
- Obligatoire pour les hôpitaux par décision ministérielle
- Création au niveau local d'un groupe multidisciplinaire en charge du pilotage et du suivi opérationnel des démarches de prévention des risques alimentaires
- Analyse des risques
- Eléments de maîtrise
- Evaluation interne / externe
- Système d'alerte
- Procédures en cas d'incident

4. Maîtrise des risques pharmacologiques:

- Création d'un comité de pharmacovigilance au niveau local
- Analyse des effets indésirables liés à la prescription et la distribution médicamenteuse
- Mise en place d'un système informatique sécurisé et dynamique pour la prescription aux patients
- Préparation centralisée sous la responsabilité d'un pharmacien hospitalier
- Distribution par « unit-dose »
- Double contrôle de la prescription et de la distribution
- Validation informatique au lit du patient de l'administration
- Mise à disposition de ressources humaines supplémentaires ( norme de dotation ) sur base d'un projet de service

5. Maîtrise des risques transfusionnels :

- Mise en place d'un système de qualité et fondé sur un GBP (p.ex. Gestion des Stocks dans les hôpitaux)
- Système de traçabilité (national et local)
- Système d'archivage et registre des activités
- Système de notification d'incidents et/ou d'effets indésirables
- Convention EHL – Croix Rouge

6. Maîtrise des risques « Accidents par Exposition au Sang » :

- Procédure de déclaration au niveau local et national en collaboration avec Service de Santé au Travail ( SIST ) de l'Entente des Hôpitaux Luxembourgeois
- Création de groupes multidisciplinaires au niveau local avec la participation d'un médecin du SIST
- Analyse des facteurs de risque au niveau local
- Répertoire local et national des AES
- Analyse des causes
- Définition d'une stratégie de changement
- Formation – information – adaptation des locaux et/ou du matériel
- Suivi permanent

## **Conclusions**

L'évolution de l'environnement de la Santé met les établissements dans l'obligation d'une démarche d'assurance qualité.

La gestion des risques en fait partie intégrante.

En impliquant tous les acteurs du monde de la santé, il faudra continuer à développer des indicateurs relatifs à la gestion des risques.

Ceci permettra - dans un futur proche – de réaliser au moins au niveau local un benchmarking des performances en ce qui concerne les effets indésirables avec lesquels le personnel et les personnes soignées peuvent être confrontés et de développer des moyens et procédures pour réduire au minimum ces risques.

Luxembourg, 15 novembre 2005

Sylvain Vitali  
Conseiller « Normes et Qualité »  
EHL  
[Sylvain.vitali@ehl.lu](mailto:Sylvain.vitali@ehl.lu)

Marc Hastert  
Secrétaire Général  
EHL  
[marc.hastert@ehl.lu](mailto:marc.hastert@ehl.lu)