Évènements indésirables à l'hôpital : le point de vue des patient·es

Une étude conjointe de trois mutualités et de la PAQS

Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene — Service d'études de la MC
Valérie Fabri — Solidaris
Wies Kestens — Mutualités Libres
Quentin Schoonvaere — PAQS asbl

Résumé

L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est un objectif permanent de tout système de santé. Ces dernières années, une attention particulière a été accordée au point de vue des patient·es. En effet, en partageant leurs expériences, ces dernier·ères sont également une précieuse source d'informations, notamment sur les évènements indésirables survenus lors d'un séjour hospitalier (en particulier lors d'une hospitalisation classique en hôpital général). La prise en compte et la mesure de ce type d'évènements a fait l'objet d'une réflexion approfondie au sein d'un groupe de travail de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui a abouti à l'élaboration d'un questionnaire pilote de type PRIM (*Patient-Reported Incident Measures*) permettant aux patient·es de faire part d'un éventuel évènement indésirable survenu au cours d'une admission hospitalière.

En 2021-2022, pour la première fois en Belgique, ce questionnaire a été administré à des personnes hospitalisées. La PAQS asbl (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients) et trois mutuelles (la Mutualité chrétienne, Solidaris et les Mutualités Libres) se sont associées afin de diffuser ce questionnaire, traduit et adapté au contexte de la Belgique francophone, auprès de patient·es hospitalisé·es. Grâce à la participation de plus de 1.000 répondant·es ayant complété le questionnaire, nous pouvons estimer à 15,8% la proportion de patient·es ayant été confronté·es à un évènement indésirable lors de leur séjour hospitalier (dans les hôpitaux francophones de notre pays). Les trois catégories d'évènements indésirables les plus fréquentes sont les suivantes : problèmes de non-respect

1 Vzw Platform voor de permanente verbetering van de kwaliteit en veiligheid van de zorg voor patiënten.

des processus ou procédures cliniques (26%), erreurs médicamenteuses (20%), accidents où le·la patient·e est impliqué·e (12%).

Des analyses statistiques montrent que la survenance d'évènements indésirables est associée à l'état de santé du·de la patient·e, à la durée de séjour à l'hôpital. Au-delà de ces caractéristiques individuelles propres aux répondant·es, il y a aussi des facteurs plus organisationnels qui sont associés à la survenance d'évènements indésirables : la qualité de la communication entre les professionnel·les de l'hôpital, ou entre ces dernier·ères et les patient·es, ainsi que le sentiment général de sécurité qu'éprouvent les patient·es durant leur séjour. Enfin, la gestion de l'évènement indésirable lui-même laisse un sentiment mitigé aux répondant·es : 43,7% d'entre eux·elles estiment que l'évènement indésirable a été bien géré par l'hôpital, 42,5% estiment que non.

Il y a donc bien matière à amélioration. Ce type de démarche menée auprès des patient·es permet de recueillir de l'information pertinente sur les évènements indésirables, en complément à d'autres sources d'informations. N'hésitons pas à donner la parole aux patient·es hospitalisé·es. Leurs témoignages constituent un enrichissement et une véritable contribution à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Mots-clés : PRIM, évènement indésirable, hôpital, questionnaire, sécurité des soins

Introduction

Dans la course à l'information sur la qualité des soins et leur amélioration, une nouvelle frontière a été, relativement récemment, découverte. Pourquoi, au lieu de se reposer uniquement sur ce que l'équipe médicale a vécu lors de l'une ou l'autre prestation médicale, ne pas recourir à l'expérience des patient·es ? Ceux·celles-ci sont, somme toute, les premier·ères concerné·es par ce qu'ils·elles vivent et subissent lors d'une opération, hospitalisation ou autre évènement en lien avec leur santé ; ils·elles peuvent nous aider de surcroît à améliorer la qualité de soins et sont parfois même mieux placé·es que l'équipe médicale pour être juge du succès de leurs soins (Black, 2013).

Dans cette perspective, les outils PROM (*Patient-Reported Outcome Measures*) et PREM (*Patient-Reported Experience Measures*) ont été développés, au départ dans le cadre de la recherche clinique, puis se sont répandus dans la pratique médicale (hospitalière principalement), afin d'améliorer la qualité (via *benchmarking* par exemple), mesurer la performance et enfin, mettre en place de nouvelles politiques (Desomer, et al., 2018).

À côté de ce que les patient·es rapportent comme résultats de telle ou telle prestation médicale sur leur état de santé (PROM) et comme perception de leur expérience des soins (PREM), un nouvel outil, à la frontière des deux précédents, est en train de percer dans les soins de santé à l'hôpital : les outils PRIM (*Patient-Reported Incident Measures*). En effet, « les patient·es sont capables d'identifier les évènements indésirables affectant leurs soins. De nombreux évènements identifiés par les patient·es ne sont pas saisis par le système de notification des incidents de l'hôpital ou enregistrés dans le dossier médical. Dès lors, faire participer les patient·es hospitalisé·es en tant que partenaires dans l'identification des erreurs médicales et des blessures est une approche potentiellement prometteuse pour améliorer la sécurité des patient·es » (Weingart, et al., 2005, p. 830, notre traduction). L'idée est donc, à l'instar des PROM et PREM, de développer des outils afin que les patient·es rapportent au mieux ce qu'ils·elles ont vécu pendant leur épisode de soins, en se focalisant, ici, sur les évènements indésirables qu'ils·elles auraient subis (Ward & Armitage, 2012).

Depuis longtemps, l'OCDE soutient le développement d'outils de mesure de l'expérience des patient·es. Dans cette dynamique et fort des constats encourageants provenant de la littérature, l'OCDE a instauré en 2018 un groupe de travail (*OECD Working Group on Patient-Reported Experiences of Safety*), composé d'experts nationaux, mais aussi de membres de l'*European Patients' Forum* (EPF), dont le but est l'élaboration d'un questionnaire pilote relatif aux évènements indésirables survenus à l'hôpital. Grâce à cet outil commun, les différents pays pourront dès lors comparer leurs résultats et réfléchir aux mesures possibles pour diminuer les évènements indésirables (OECD, 2019).

L'étape suivante consistait à traduire, adapter et tester ce questionnaire auprès de patient·es ayant séjourné à l'hôpital en Belgique francophone. Ce genre de démarche entre dans le cadre des missions de la PAQS (La Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients), une ASBL active en Belgique francophone qui, comme son nom l'indique, développe, entre autres, de nouveaux indicateurs liés à la qualité et à la sécurité des soins (de Béthune & Herbaux, 2014). Les mutualités, les fédérations hospitalières, ainsi que divers acteurs·rices et expert·es en soins de santé en sont membres. Afin de réaliser cette enquête auprès de patient·es francophones, ayant séjourné dans un hôpital général situé en Communauté française de Belgique, la PAQS s'est associée à trois mutuelles : la Mutualité chrétienne (MC), Solidaris et les Mutualités Libres. Ce sont ces dernières qui ont diffusé le questionnaire en contactant par courriel leurs affilié·es après leur sortie de l'hôpital, les invitant à compléter un questionnaire en ligne (hébergé par la PAQS). C'est la première fois en Belgique qu'une enquête auprès des patient·es permettant d'estimer l'ampleur des évènements indésirables à l'hôpital a été menée. Outre cette estimation, l'analyse des réponses nous a permis de décrire les évènements indésirables et d'analyser avec quels facteurs le risque de déclarer de tels évènements est associé.

Dans cet article, nous présentons une recension des résultats de cette démarche conjointe entre la PAQS, la MC, Solidaris et les Mutualités libres. Pour ce faire, nous allons tout d'abord définir ce que nous entendons par 'évènement indésirable' ; expliquer comment le questionnaire a été adapté en français et diffusé auprès des patient·es ; et décrire les résultats et les grands messages que les patient·es nous ont apportés, quant à la communication entre eux·elles et le personnel médical, la gestion de l'évènement indésirable en lui-même, la sécurité et la continuité des soins. Nous discuterons ensuite des résultats dans une perspective plus globale ainsi que le futur de cet outil en Communauté française, avant de conclure.

1. Méthode : qu'est-ce qu'un évènement indésirable et comment le mesurer ?

1.1. Définition et collecte des informations

Qu'entend-on par 'évènement indésirable' ? On trouve bien des termes et expressions dans la littérature (on parle parfois aussi d'effets indésirables, d'erreurs médicales évitables, d'incidents, etc.) et il convient de préciser ce qu'on veut mesurer. Dans la présente recherche, par évènement indésirable, on entend un « évènement survenant d'une manière imprévue durant le processus de soins et qui a provoqué un dommage pour le patient ou pourrait (encore) le provoquer ». Cette définition provient d'une note du SPF Santé publique (SPF Santé publique, 2015, p. 6). Elle a été reprise textuellement dans le questionnaire, accompagnée de quelques exemples concrets (erreurs médicamenteuses, infections associées aux soins, erreurs d'identification du patient, erreurs de côté en chirurgie[1], chutes, escarres).

Comment mesurer les évènements indésirables en s'adressant aux patient·es ? La méthode de collecte des informations a une influence majeure sur les résultats. On peut procéder de différentes façons : par téléphone, par interview, par la diffusion d'un questionnaire. Cette diffusion peut se faire dans la population générale, ou bien on peut s'adresser spécifiquement aux patient·es hospitalisé·es. Dans ce dernier cas, le moment choisi pour interroger ces patient·es est également un facteur important : pendant leur séjour à l'hôpital, à la sortie ou quelque temps après. Si on prend contact avec les patient·es après leur séjour hospitalier, il convient de réfléchir à la question du délai : comme les souvenirs s'estompent, il ne faut pas attendre trop longtemps après la sortie de l'hôpital pour interroger les patient·es. En effet, un évènement indésirable n'est pas forcément très spectaculaire, et n'entraîne pas toujours de graves conséquences. Plus le délai est long, plus les 'petits' incidents risquent alors d'être oubliés ou minorés. Enfin, on peut raisonnablement penser que les réponses peuvent être également influencées par le fait que le questionnaire soit pris en charge par l'un ou l'autre acteur : l'hôpital lui-même, une association de patients, une (ou plusieurs) mutuelle(s) ou autres.

Un autre point fondamental est le suivant : dans quelle mesure les évènements indésirables font-ils l'objet d'un processus de confirmation via d'autres sources (par exemple, via les dossiers médicaux, notes ou rapports du personnel, rapports d'incidents, etc.) ? Cette confirmation a un impact majeur quant à la mesure de la proportion de patient·es confronté·es à un évènement indésirable. Par exemple, une étude britannique, menée auprès de 2.471 patient·es interrogé·es pendant leur séjour à l'hôpital, indique que 23% d'entre eux·elles ont rapporté un (ou plusieurs) incident(s). Mais, après analyse, si on se limite aux incidents confirmés et classifiés, alors cette proportion est de 10,7% (O'Hara, et al., 2018). Même constat avec une étude menée dans l'État du Massachusetts, auprès de 998 patient·es interviewé·es par des médecins après leur sortie de l'hôpital : 23% des patient·es rapportent un (ou plusieurs) évènement(s) indésirable(s) ; cependant, après revue des dossiers, ce pourcentage diminue à 11% (Weissman, et al., 2008). Ces résultats tendent à indiquer également que les patient·es rapportent plus d'évènements indésirables que ne le font les professionnel·les de santé via les données administratives et médicales de l'hôpital. Ceci peut venir du fait que, par exemple, lorsque les évènements indésirables sont dommageables mais de façon minimale ou que l'équipe médicale pense que le·la patient·e n'a pas été atteint·e de manière importante, l'équipe médicale a alors tendance à moins les déclarer (Chamberlain, Koniaris, Wu, & Pawlik, 2012).

Pour la présente étude, les trois mutuelles et la PAQS ont choisi d'interroger les patient·es après leur sortie d'hôpital, grâce à l'envoi d'un courriel les invitant à compléter un questionnaire en ligne. L'estimation du pourcentage de patient·es ayant été confronté·es à un évènement indésirable, ainsi que la description et la classification de ce dernier, se base entièrement sur leurs déclarations. Par rapport au délai, la procédure suivante a été appliquée par les mutuelles : sélectionner les personnes admises à l'hôpital au cours du troisième mois qui précède la date d'extraction des données. Donc, pour un envoi de courriels organisé en septembre, ce sont les hospitalisations de juin qui étaient considérées. Ce recul de trois mois est nécessaire aux mutuelles pour identifier correctement les admissions et pouvoir faire les contrôles adéquats (notamment sur les décès éventuels). Aller à l'hôpital est un évènement majeur pour la personne concernée, dès lors l'interroger trois mois plus tard sur ce qui s'est passé durant son séjour ne paraît pas déraisonnable. À titre de comparaison, les par-

1 Le fait de se tromper, par exemple, entre la jambe gauche et la jambe droite.

ticipant·es à l'enquête de santé 2018, organisée par Sciensano, sont interrogé·es sur leurs admissions hospitalières qui ont eu lieu au cours des 12 derniers mois (Charafeddine, Demarest, Berete, & Drieskens, 2020).

1.2. Le questionnaire

Le questionnaire utilisé provient du questionnaire pilote développé par l'OCDE permettant aux patient·es de rapporter un (ou plusieurs) évènement(s) indésirable(s) vécu(s) lors d'un séjour hospitalier (OECD, 2019, pp. 8-9). Ce questionnaire étant en anglais, la traduction en français a été réalisée en 2020. Afin de bien refléter le contexte belge francophone, la PAQS a soumis cette traduction à l'avis de professionnels hospitaliers. L'idée était d'avoir un consensus sur les termes utilisés et la formulation des questions. De plus, un panel de patient·es a pu évaluer si la formulation des questions était claire, si les questions étaient compréhensibles. Si ce n'était pas le cas, les questions étaient reformulées sur base des suggestions des patient·es.

Le questionnaire commence par des questions sur le profil des répondant·es (âge, sexe, province de résidence, niveau d'études, état de santé perçu, durée de séjour à l'hôpital). Ensuite, quelques questions portent sur la communication avec et au sein des professionnel·les de l'hôpital. Il s'agit des questions suivantes :

- « Au cours de votre dernière hospitalisation, avez-vous remarqué une bonne communication entre les médecins, les infirmières et les autres membres du personnel en ce qui concerne vos soins et votre traitement ? », avec 6 modalités de réponse : 'Je ne souhaite pas répondre', 'Je ne suis pas certain·e', 'Jamais', 'Parfois', 'Souvent', 'Toujours'.
- « Au cours de votre dernière hospitalisation, vous êtes-vous senti·e libre pour vous exprimer sur un sujet que vous souhaitiez aborder avec un·e médecin, une infirmière ou un autre membre du personnel ? », avec 6 modalités de réponse : 'Je ne souhaite pas répondre', 'Je ne suis pas certain·e', 'Non, pas du tout', 'Non, pas vraiment', 'Oui, en partie', 'Oui, tout à fait'.
- « Si vous vous êtes exprimé·e, cela a-t-il été bien accueilli par le membre du personnel auquel vous avez parlé ? », avec les mêmes modalités de réponse que pour la question précédente.

L'essentiel du questionnaire est consacré à la sécurité des soins :

- La question centrale est la suivante : « Au cours de votre dernière hospitalisation, avez-vous subi un (ou des) évènement(s) indésirable(s) ? », avec 5 modalités de réponse : 'Oui', 'Non', 'Je ne sais pas', 'Je ne m'en souviens pas', 'Je ne souhaite pas répondre'.
- Pour ceux et celles qui ont répondu 'Oui' à la question précédente, on demandait de décrire l'évènement indésirable (en texte libre). De plus, on demandait comment le·la patient·e avait appris qu'il·elle avait subi un évènement indésirable (avec les modalités de réponse suivantes : 'Un membre du personnel de l'hôpital me l'a dit', 'Je l'ai constaté moi-même', 'Ma famille me l'a dit', 'Quelqu'un d'autre me l'a dit', 'Je ne m'en souviens pas', 'Je ne souhaite pas répondre'). Une question portait sur le fait que l'évènement indésirable avait été signalé ou non à un·e médecin, une infirmière ou un autre membre du personnel (avec les modalités de réponse suivantes : 'Oui', 'Non', 'Je ne m'en souviens pas', 'Je ne souhaite pas répondre').
- Toujours pour ceux et celles qui ont déclaré avoir subi un évènement indésirable, on a cherché à savoir si cet évènement avait été géré comme souhaité par le·la patient·e (avec les modalités de réponse suivantes : 'Oui', 'Non', 'Je ne sais pas', 'Je ne m'en souviens pas', 'Je ne souhaite pas répondre'). En cas de réponse positive ou négative, le·la patient·e pouvait en préciser la raison (les modalités de réponse sont mentionnées plus loin aux figures 3 et 4).
- Le sentiment de sécurité des soins a été abordé via la question suivante : « Au cours de votre dernière hospitalisation, vous êtes-vous senti·e en sécurité par rapport à votre prise en charge ? », avec les modalités de réponse suivantes : 'Je ne souhaite pas répondre', 'Je ne suis pas certain·e', 'Non, pas du tout', 'Non, pas vraiment', 'Oui, en partie', 'Oui, tout à fait'.

Enfin, quelques questions portent sur la continuité des soins (informations reçues avant la sortie de l'hôpital). Les questions étaient les suivantes :

- « Avant de quitter l'hôpital, avez-vous reçu toutes les informations dont vous aviez besoin concernant les symptômes et les problèmes de santé à surveiller une fois sorti·e de l'hôpital ? », avec les modalités de réponse suivantes : 'Je ne souhaite pas répondre', 'Je ne m'en souviens pas', 'Je ne suis pas certain·e', 'Non, pas du tout', 'Non, pas vraiment', 'Oui, en partie', 'Oui, tout à fait'.
- « Avant de quitter l'hôpital, vous a-t-on clairement expliqué comment vos soins ou votre traitement se poursuivrai(en)t une fois sorti·e de l'hôpital ? », avec les modalités de réponse suivantes : 'Je ne souhaite pas répondre', 'Je n'ai pas eu besoin d'un suivi de mes soins ou de mon traitement', 'Je ne suis pas certain·e', 'Non, pas du tout', 'Non, pas vraiment', 'Oui, en partie', 'Oui, tout à fait'.

- « Avant de quitter l'hôpital, est-ce que l'on vous a expliqué clairement comment prendre les médicaments prescrits, y compris ceux que vous preniez avant votre hospitalisation (par exemple, le moment de prise du médicament, effets secondaires à surveiller, etc.) ? », avec les modalités de réponse suivantes : 'Je ne souhaite pas répondre', 'Je n'ai pas eu de médicaments prescrits à prendre ', 'Je ne suis pas certain·e', 'Non, pas du tout', 'Non, pas vraiment', 'Oui, en partie', 'Oui, tout à fait'.

Le questionnaire était accessible en ligne (sur un compte de la PAQS) et entièrement anonyme. Il ne permettait pas d'identifier la mutuelle de la personne contactée, ni l'hôpital où le séjour a eu lieu. Aucune information diagnostique n'a été demandée. De plus, conformément au RGPD (règlement général sur la protection des données), il était demandé à chaque répondant·e de donner son autorisation à la PAQS pour le traitement des informations introduites dans le questionnaire en ligne.

Toutes les analyses ont été effectuées par la PAQS. Les résultats de ces analyses sont présentés au point 2. En particulier, nous testons un certain nombre d'associations entre diverses variables et le fait d'avoir déclaré un évènement indésirable. Notons toutefois que, si une variable est associée à la survenance d'un évènement indésirable, cela ne va pas dire nécessairement que cette variable est la cause de l'évènement indésirable en question.

1.3. Échantillonnage et diffusion du questionnaire

Ce sont les trois mutuelles (MC, Solidaris, Mutualités Libres) qui ont pris contact (via un courriel) avec leurs affilié·es et les ont invité·es à compléter le questionnaire en ligne. Deux vagues d'envois ont été organisées entre septembre 2021 et février 2022. Au total, 21.902 courriels ont été envoyés. Toutes les personnes contactées étaient francophones et ont été admises, au cours du troisième mois qui précède la date d'extraction des données, dans un hôpital francophone (situé en région bruxelloise et wallonne).

Les personnes sélectionnées par les trois mutuelles devaient avoir plus de 18 ans et moins de 80 ans au moment de leur dernière admission à l'hôpital et être admises dans un hôpital général (avec au moins une nuit facturée). Les personnes suivantes ont été exclues :

- les patient·es admis·es dans les institutions psychiatriques et dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux ;
- les patient·es admis·es dans des hôpitaux de la Région flamande ou à l'UZ Brussel (VUB) situé à Bruxelles ;
- les patient·es décédé·es depuis leur hospitalisation ;
- les patient·es qui après leur hospitalisation ont bénéficié de soins palliatifs ou ont été admis·es en maisons de repos (ou de soins).

1.4. Limites

La PAQS étant une institution francophone, la présente étude se limite aux patient·es francophones, admis·es dans des hôpitaux francophones situés en région bruxelloise et wallonne. La portée des résultats présentés ne peut donc pas être étendue à l'ensemble de la Belgique.

Une autre limite est que le questionnaire était seulement disponible en ligne. Les patient·es n'ayant pas d'adresse courriel connue par leur mutuelle n'ont pas été contacté·es, ce qui peut induire le fait que certains groupes sociaux sont sous-représentés parmi les participant·es à l'étude. Par exemple, les personnes disposant de revenus faibles se trouvent plus souvent que les personnes plus aisées dans une situation de fracture numérique (Faure, Brotcorne, Vendramin, Mariën, & Dedonder, 2022) leur rendant ainsi plus difficile la participation à ce type de démarche.

Nous avons choisi de ne pas interroger certain·es patient·es (comme présenté plus haut au point 1.3), pour des raisons pragmatiques liées aux difficultés que les personnes pourraient rencontrer à répondre à un questionnaire en ligne (enfants, personnes âgées, personnes ayant eu des soins psychiatriques, séjournant en maison de repos, etc.). Il est néanmoins évident que ces personnes pourraient avoir beaucoup de choses à nous dire à propos de leurs soins (hospitaliers et autres).

2. Résultats : que nous disent les patient·es sur leur séjour à l'hôpital ?

2.1. Description des répondant·es

Le nombre de personnes qui se sont connectées au questionnaire en ligne s'élève à 2.037[2]. Mais 512 répondant·es n'ont pas autorisé la PAQS à traiter leurs données. De plus, 426 répondant·es ont seulement ouvert le questionnaire mais n'ont pas répondu aux questions. Au final, il reste 1.099 répondant·es qui ont complété le questionnaire (quasi tous·tes jusqu'au bout). Afin d'obtenir des résultats robustes, l'objectif était d'atteindre au moins 1.000 répondant·es.

Le profil des 1.099 personnes dont les réponses ont été traitées est donné au tableau 1. Pour chaque critère d'analyse, on compare les répondant·es à une population de référence. Cette dernière varie d'un critère à l'autre, elle provient du Résumé Hospitalier Minimum (RHM) ou des résultats de l'Enquête de santé 2018 (organisée par Sciensano).

Par rapport à la population de référence, on remarque que nos répondant·es :

- Sont surreprésenté·es dans les tranches d'âge élevées (56-65, 66-75).
- Ont un niveau d'études plus élevé.
- Ont un état de santé perçu moins bon que dans la population générale qui a participé à l'Enquête santé de 2018. Ceci s'explique par le fait qu'on a affaire à des personnes qui ont été admises à l'hôpital récemment. Malheureusement, l'Enquête de santé 2018 ne mesure pas la santé perçue pour les personnes ayant été hospitalisées.
- Sont surreprésenté·es pour des séjours hospitaliers de 2 à 3 nuits et de 4 à 6 nuits.
- Sont surreprésenté·es dans le Brabant wallon, sous-représenté·es dans la province de Liège et, légèrement, dans la province de Hainaut et à Bruxelles. À noter que certain·es de nos répondant·es proviennent du Brabant flamand. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes contactées par les mutuelles devaient être francophones et admises dans un hôpital francophone, mais pouvaient résider en Flandre.

2.2. Acceptabilité du questionnaire

Comme c'est la première fois que le questionnaire était utilisé en Belgique, son acceptabilité a été évaluée : pour chaque question, le taux de réponse a été calculé (il n'était pas obligatoire de répondre aux questions). Pour la plupart des questions, le taux de réponse était supérieur à 95%. Pour seulement deux questions (l'une sur l'information du·de la patient·e quant aux possibilités d'exprimer ses préoccupations, l'autre sur les raisons pour lesquelles l'évènement indésirable a été géré comme le·la patient·e l'aurait souhaité), le taux de réponse était plus faible, ce qui indique un problème de compréhension ou de pertinence. Afin d'améliorer l'acceptabilité de ces deux questions, il faudra alors envisager de reformuler ces questions, éventuellement de proposer d'autres modalités de réponse, lors d'une nouvelle étude.

2.3. Analyses descriptives

2.3.1. Communication

Plusieurs questions portaient sur la communication entre les professionnel·les de santé mais également entre ces dernier·ères et le·la patient·e.

- La communication au sein du personnel de santé à propos des soins et du traitement du·de la patient·e est évaluée plutôt positivement : **76%** des répondant·es estiment qu'elle est toujours ou souvent bonne, 17% qu'elle est parfois bonne, 3% qu'elle n'est jamais bonne.
- Est-ce que le·la patient·e se sent libre de s'exprimer avec un·e médecin, infirmière ou un autre membre du personnel à propos d'un sujet qu'il·elle souhaite aborder ? Pour **88%** des répondant·es, c'est tout à fait ou en partie le cas. Selon 11% des répondant·es, ce n'est pas vraiment ou pas du tout le cas.
- Quand le·la patient·e s'exprime, est-ce que cela a été bien accueilli par le membre du personnel auquel il·elle s'est adressé·e ? Ici également l'évaluation est plutôt positive car **89%** des répondant·es indiquent que c'est tout à fait ou en partie le cas. Pour 8,8% des répondant·es, cette prise de parole n'a pas vraiment ou pas du tout été bien accueillie.

2.3.2. Sécurité des soins

Pour évaluer dans quelle mesure les patient·es ont été confronté·es à un évènement indésirable, le questionnaire

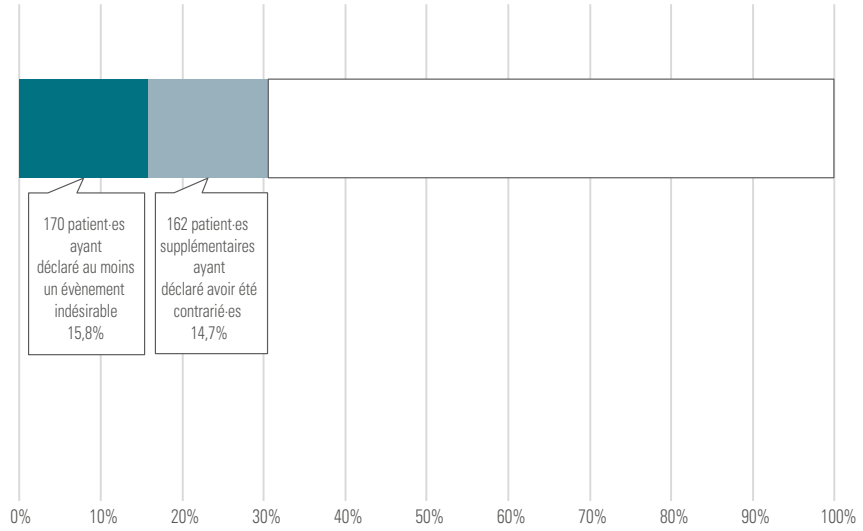
2 Les résultats présentés proviennent tous du rapport de recherche (PAQS, 2023).

Tableau 1 : Profil des répondant·es à l'enquête

	Enquête PRIM (n=1.099)	Population de référence
Âge*		
16-25 ans	0,6%	6,7%
26-35 ans	10,0%	13,8%
36-45 ans	9,1%	11,6%
46-55 ans	13,3%	15,5%
56-65 ans	25,1%	19,9%
66-75 ans	33,2%	22,1%
76-80 ans	8,6%	10,4%
Sexe**		
Féminin	50,9%	54,4%
Masculin	49,0%	45,6%
X	0,2%	-
Niveau d'études***		
Sans diplôme ou primaire	6,2%	11,7%
Secondaire	37,6%	51,4%
Supérieur de type court et bachelier	34,5%	37,0%
Supérieur de type long	21,7%	
Lieu de résidence**		
Province de Hainaut	28,4%	30,9%
Région bruxelloise	18,5%	21,1%
Province de Liège	18,3%	23,6%
Province du Brabant wallon	13,5%	7,9%
Province de Namur	11,4%	10,8%
Province de Luxembourg	5,5%	5,6%
Province du Brabant flamand	2,6%	-
Autre	1,9%	-
État de santé perçu****		
Très mauvais	2,5%	23%
Mauvais	17,9%	
Ni bon ni mauvais	32,0%	
Bon	36,7%	77%
Très bon	10,9%	
Durée du séjour hospitalier***		
1 nuit	20,3%	28,6%
2 à 3 nuits	32,7%	24,4%
4 à 6 nuits	24,4%	17,1%
7 nuits et plus	22,7%	29,9%

* Comparaison avec la répartition de la population hospitalisée en 2017 (Source : RHM - www.belgiqueenbonnesante.be)
** Comparaison avec la répartition de la population hospitalisée en 2020 et résidant en Régions wallonne et bruxelloise (Source : RHM -SPF Santé publique)
*** Comparaison avec l'échantillon des répondants hospitalisés au moins une nuit dans l'Enquête santé de 2018 (Source : Sciensano)
**** Comparaison avec l'échantillon total des répondants à l'Enquête santé de 2018 (Source : Sciensano)

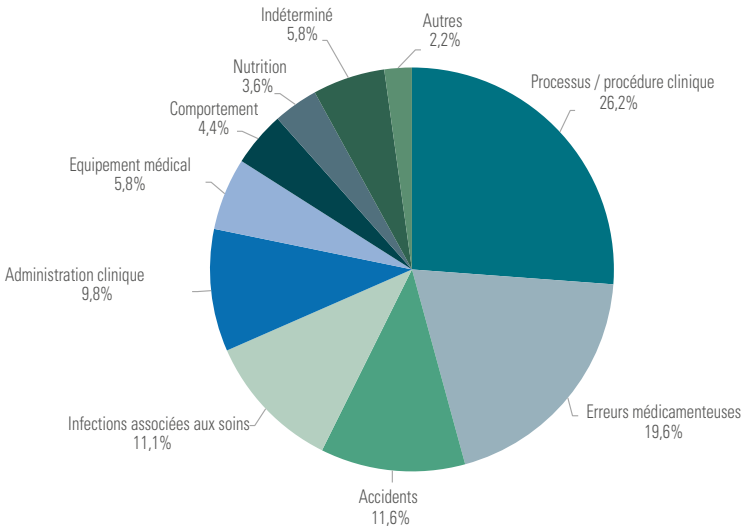
Figure 1 : Pourcentage de répondant·es ayant subi un évènement indésirable ou qui ont été contrarié·es durant leur séjour à l'hôpital



en ligne en reprenait la définition (voir point 1.1) ainsi que quelques exemples concrets (erreurs médicamenteuses, infections associées aux soins, erreurs d'identification du·de la patient·e, erreurs de côté en chirurgie, chutes, escarres). Près de 170 personnes sur les 1.099 ayant rempli le questionnaire, ont répondu avoir subi un (ou plusieurs) évènement(s) indésirable(s) au cours de leur dernière hospitalisation, soit **15,8%** des répondant·es (voir Figure 1).

Les répondant·es avaient la possibilité de décrire ces évènements indésirables. Ces derniers ont été classifiés selon la taxonomie développée par l'Organisation Mondiale de la Santé - *International Classification for Patient Safety* (ICPS) (WHO, 2009, p. 32). Comme on peut le voir à la figure 2, environ **26%** des évènements indésirables concernent des problèmes de non-respect des processus ou procédures cliniques, c'est-à-dire la manière cadrée avec laquelle le personnel soignant va aborder le patient et traiter son problème de santé. Le second type d'évènement indésirable le plus fréquent (**20%**) concerne des erreurs médicamenteuses. Les accidents où le·la patient·e est impliqué·e, catégorie au sein de laquelle on retrouve les chutes, représentent **12%** des évènements indésirables déclarés par les répondant·es. Près de **11%** des évènements indé-

Figure 2 : Types d'évènements indésirables décrits par les répondant·es



sirables sont relatifs aux infections associées aux soins. Un peu moins de **10%** concernent l'administration clinique.

Une question complémentaire avait pour but de savoir si le·la patient·e avait été contrarié·e par la façon dont il·elle avait été soigné·e. Au-delà des évènements indésirables, il s'agit donc de voir dans quelle mesure les patient·es avaient d'autres motifs d'insatisfaction. 162 répondant·es n'ayant pas subi d'évènement indésirables ont déclaré avoir été contrarié·es, c'est-à-dire insatisfait·es de la façon dont ils·elles ont été soigné·es ou traité·es durant leur séjour hospitalier mais sans lien direct avec un évènement indésirable (par exemple, un mécontentement par rapport à la qualité de la nourriture), soit **14,7%** des répondants (voir Figure 1). Globalement, on constate que **30%** des répondant·es déclarent avoir subi un (ou plusieurs) évènement(s) indésirable(s) (15,8%) ou avoir été contrarié·es (14,7%) durant leur séjour hospitalier.

De façon générale, quel est le sentiment de sécurité ? Est-ce que les patient·es se sont senti·es en sécurité par rapport à leur prise en charge à l'hôpital ? Ce sentiment de sécurité est bien présent : **70%** des répondant·es se sont senti·es tout à fait en sécurité, **22%** en partie en sécurité. Il y a quand même **7,9%** des répondant·es qui ne se sont pas vraiment ou pas du tout senti·es en sécurité.

2.3.3. Gestion de l'évènement indésirable

Par qui l'évènement indésirable a-t-il été constaté et comment a-t-il été géré ? Dans la très grande majorité (**76%**) des cas, c'est le·la patient·e qui l'a constaté. L'évènement indésirable a été signalé par un membre du personnel de l'hôpital dans **19%** des cas, par un proche du·de la patient·e dans **4,5%** des cas. Lorsque l'évènement indésirable a été constaté par le·la patient·e ou un de ses proches, **89%** des répondant·es indiquent qu'ils·elles l'ont ensuite rapporté à un membre du personnel de l'hôpital.

Quant à la gestion de l'évènement indésirable, les répondant·es sont partagé·es : **43,7%** estiment que l'évènement indésirable a été bien géré par l'hôpital, **42,5%** estiment que non. On note que près de 14% des répondant·es ne savent pas.

- Lorsque la gestion de l'évènement indésirable s'est déroulée positivement (voir Figure 3), les répondant·es mettent en avant le fait que le personnel de l'hôpital a fourni des explications (**33%**), s'est excusé (**15%**), a proposé du soutien (**5,2%**).
- Lorsque l'évènement indésirable n'a pas été géré selon les souhaits du·de la patient·e (voir Figure 4), les motifs les plus fréquemment indiqués sont le fait que le personnel de l'hôpital n'a pas fourni d'explications (**24%**), ne s'est pas excusé (**15%**), n'a pas proposé du soutien (**9%**).
- Pour ces deux questions, d'autres motifs ont été ajoutés en commentaires libres par les répondant·es, ce qui indique que les modalités de réponse prévues initialement au questionnaire pourraient être enrichies. Ces

Figure 3 : Bonne gestion de l'évènement indésirable – motifs invoqués par les patient·es

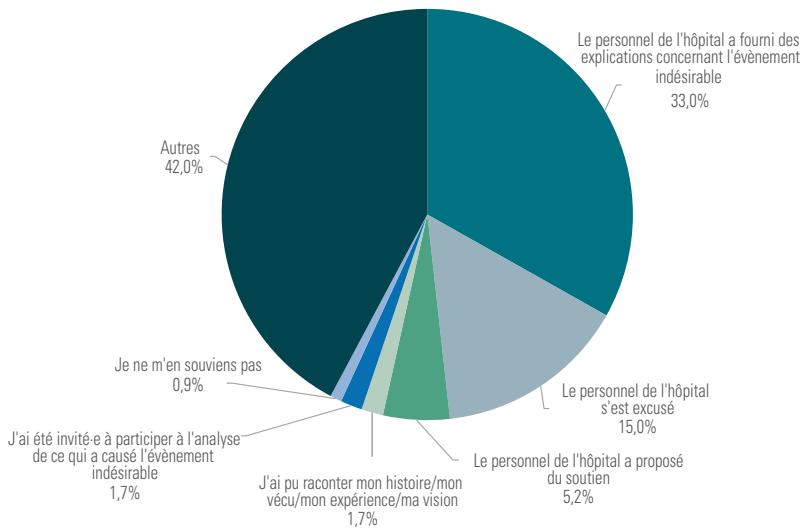
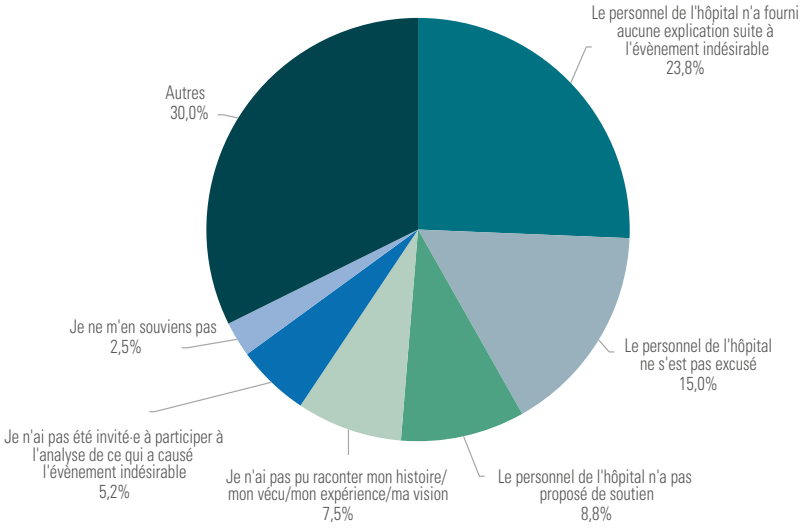


Figure 4 : Mauvaise gestion de l'évènement indésirable – motifs invoqués par les patient·es



commentaires n'ont malheureusement pas encore été analysés.

2.3.4. Continuité des soins

Avant la sortie de l'hôpital, il est important de donner des consignes claires pour le suivi et la continuité des soins une fois que le·la patient·e sera de retour à la maison. Trois questions ont permis d'évaluer dans quelle mesure les patient·es ont bien été informé·es sur les symptômes et problèmes de santé à surveiller, sur la poursuite de leur traitement, sur les médicaments (moments de prise, effets secondaires, etc.). Comme on le voit dans le tableau 2, de **85%** à **89%** des patient·es estiment avoir été tout à fait ou partiellement informé·es sur ces différents aspects. À noter qu'il y a quand même près de 15% de répondant·es qui estiment n'avoir pas vraiment ou pas du tout obtenu d'informations sur les médicaments.

2.4. Analyses statistiques

Avec quelles variables le fait de déclarer un évènement indésirable est-il associé ? Pour procéder à ce type d'analyse statistique, les chercheur·ses ont eu recours au test *khi carré*, qui permet de tester si deux variables catégorielles sont associées ou non.

2.4.1. Les caractéristiques du·de la patient·e et celles associées à son état de santé

La littérature indique qu'un certain nombre de facteurs sont associés positivement avec la survenance d'un évènement indésirable. Par exemple, un âge avancé, une durée de séjour longue et un état de santé dégradé (Tsilimingras, Rosen, & Berlowitz, 2003 ; Vincent, 2012). Qu'en est-il avec nos répondant·es ?

Tableau 2 : Informations sur la continuité des soins – répartition des répondant·es

Consignes de sortie sur :	Oui, tout à fait	Oui, en partie	Non, pas vraiment	Non, pas du tout	Je n'en suis pas certain / je ne m'en souviens pas
Les symptômes et les problèmes de santé à surveiller	65,9%	21,7%	8,8%	2,6%	0,9%
La poursuite du traitement	69,4%	19,8%	8,2%	2,5%	0,2%
Les médicaments prescrits	68,7%	16,3%	10,7%	3,9%	0,3%

Nous avons testé si l'âge, le sexe, le niveau d'études, l'état de santé perçu, la durée du séjour à l'hôpital, la province ou la région de résidence étaient associées au fait de déclarer un évènement indésirable. De ces analyses statistiques, deux variables ressortent : **l'état de santé perçu et la durée de séjour à l'hôpital.** Ces deux variables sont significativement associées (p<0.001) à la déclaration d'un évènement indésirable :

- Plus les répondant·es déclarent un moins bon état de santé plus ils·elles risquent de déclarer un évènement indésirable.
- Plus leur durée de séjour est longue, plus ils·elles risquent de déclarer un évènement indésirable.

D'une part, être en moins bonne santé est positivement associé au risque de survenance d'un évènement indésirable. D'autre part, avoir un séjour plus long à l'hôpital augmente également ce risque. On ne trouve aucune association significative entre la déclaration d'un évènement indésirable et l'âge, le sexe, la province ou la région de résidence, le niveau d'études. Ces variables ne sont donc pas significativement liées au risque de déclarer un évènement indésirable.

2.4.2. La communication des professionnel·les de santé et le sentiment de sécurité

Ensuite, on a testé si la communication entre les professionnel·les, entre ces dernier·ères et les patient·es était associée au fait de déclarer un évènement indésirable :

- **Quand les patient·es constatent une bonne communication entre les professionnel·les de l'hôpital, ils·elles ont également tendance à moins déclarer d'évènements indésirables**. À contrario, plus la communication entre professionnel·les est perçue comme mauvaise, plus les patient·es auront tendance à déclarer un évènement indésirable.
- **Quand les patient·es s'expriment sur tout sujet que l'on souhaite aborder avec un·e médecin, une infirmière ou un autre membre du personnel, l'accueil de cette expression par les professionnel·les de l'hôpital est négativement associé à la déclaration d'un évènement indésirable**. Ainsi, plus la prise de parole de la part des patient·es est bien accueillie, moins ces dernier·ères auront tendance à déclarer un évènement indésirable. À nouveau, c'est une association et non pas un lien de causalité.

La déclaration d'évènements indésirables est donc associée négativement et significativement (p<0.001) à la communication entre les professionnel·les, entre ces dernier·ères et les patient·es. Il en va de même du sentiment général de sécurité qu'éprouvent les patient·es à l'hôpital :

- Le **sentiment général de sécurité qu'éprouvent les patient·es est significativement et négativement associé à la déclaration d'évènements indésirables** : plus les patient·es déclarent se sentir en sécurité, moins ils·elles auront tendance à déclarer un évènement indésirable.

2.4.3. Continuité de soins

Les trois questions relatives à la continuité des soins (voir Tableau 2), ont permis d'évaluer l'information reçue avant de sortir de l'hôpital. Comme ces trois questions sont également corrélées entre elles, elles sont résumées en comptant le nombre de problèmes rencontrés. En effet, le·la répondant·e pouvait estimer n'avoir pas du tout ou pas vraiment été informé·e par rapport aux trois items suivants : les symptômes à surveiller, la poursuite du traitement, la prise de médicament. On compte alors, par répondant·e, le nombre d'items pour lesquels l'information était insuffisante (ce nombre pouvant donc aller de 0 à 3). On teste alors l'association entre ce nombre d'items et le fait de déclarer un évènement indésirable.

Nous constatons une association significative (p<0.001) entre le nombre de défaillances dans la continuité des soins et le fait de déclarer un évènement indésirable : plus l'information reçue sur les trois items est bonne, moins les répondant·es ont tendance à déclarer un évènement indésirable. Ou pour le dire autrement : plus le nombre d'items pour lesquels l'information est de mauvaise qualité augmente, plus les répondant·es ont tendance à déclarer un évènement indésirable.

3. Discussion, recommandations et pistes pour l'avenir

3.1. Principaux enseignements

3.1.1. Le pourcentage global d'évènements indésirables déclarés

Le questionnaire a permis de donner, pour la première fois dans notre pays, une estimation du pourcentage de patient·es ayant été confronté·es à un évènement indésirable

durant un séjour hospitalier. Ce pourcentage est de 15,8% et ne concerne que la partie francophone de notre pays. Qu'en est-il dans d'autres pays occidentaux ?

L'OCDE a collecté les résultats d'études menées dans divers pays occidentaux (voir Figure 5). Pour les pays où le questionnaire était distribué dans la population générale (pas uniquement aux personnes récemment hospitalisées), les résultats proviennent d'une enquête internationale (*Commonwealth Fund 2020 International Health Survey*) et « concernent les personnes âgées de 18 à 64 ans qui ont déclaré avoir été victime d'une erreur médicale au cours des deux dernières années » (Kendir, Fujisawa, Brito Fernandes, de Bienassis, & Klazinga, 2023, pp. 33, notre traduction). Pour les pays qui ont interrogé des patient·es hospitalisé·es, les questions provenaient du questionnaire pilote développé par le groupe de travail de l'OCDE.

Comme on le voit à la figure 5, le résultat obtenu pour la Belgique francophone est plus élevé que les pourcentages observés dans d'autres pays. Il se peut que notre résultat soit surestimé : l'intérêt qui a incité (une partie de) nos répondant·es à participer à l'étude vient peut-être du fait qu'ils·elles ont connu des problèmes à l'hôpital et désiraient en témoigner. En outre, le délai pour questionner les patient·es après leur admission hospitalière peut avoir une influence sur le taux de personnes ayant déclaré un évènement indésirable.

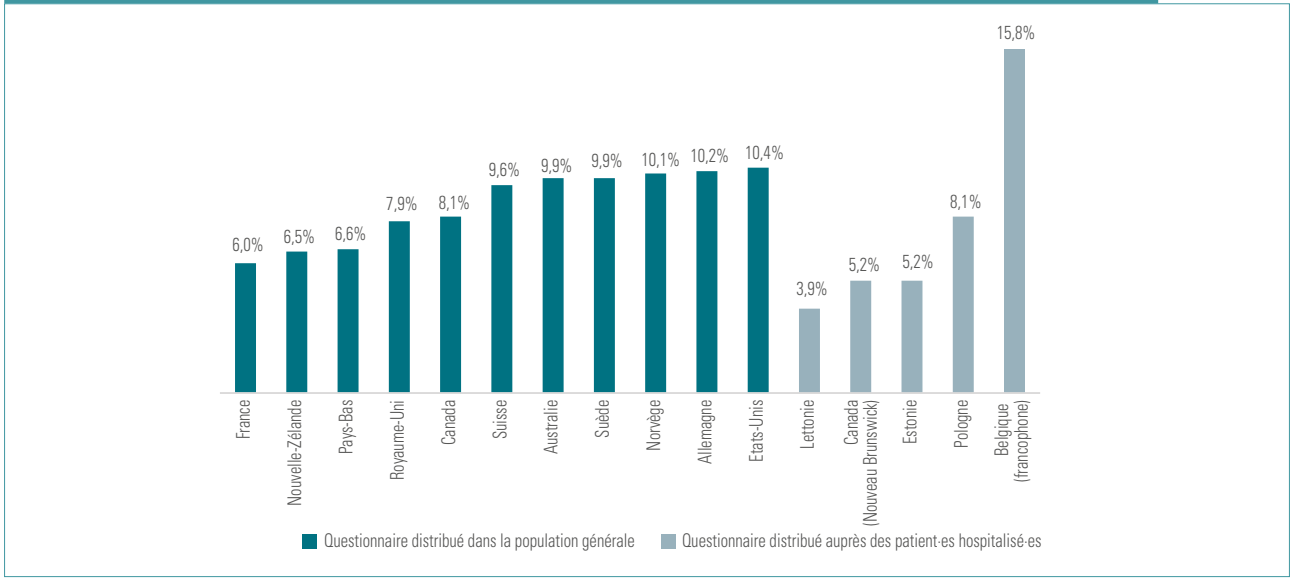
D'autres études (avec des outils et méthodes de collecte d'informations différentes) indiquent des pourcentages encore plus élevés : 20,5% pour une étude suédoise menée auprès de 960 patient·es (Rutberg, et al., 2014) ; 23,4% pour une étude britannique menée auprès de 329 patient·es (Armitage, et al., 2018) ; 29,2% pour une étude américaine menée auprès de 2.582 patient·es (Zhu, et al., 2011).

Il convient toutefois de rester prudent car la comparaison d'un pays à l'autre n'est pas aisée, même sur base de questions comparables. Commentant notre présente démarche, l'OCDE indique : « selon la collecte de données pilote réalisée en Belgique, les problèmes de comportement représentaient 4,4% des évènements indésirables déclarés par les patient·es, mais ces informations n'étaient pas disponibles dans les textes ouverts recueillis dans le cadre d'enquêtes menées dans d'autres pays participant à la collecte pilote de données de l'OCDE. Cela s'explique probablement par le fait que les patient·es d'autres pays ne les considéraient pas comme des incidents liés à la sécurité des patient·es. Les différences entre les pays dans les taux d'incidents déclarés par les patients doivent donc être interprétées avec prudence » (Kendir, Fujisawa, Brito Fernandes, de Bienassis, & Klazinga, 2023, p. 34, notre traduction).

3.1.2. Les incidents rapportés les plus fréquemment

Plus de la moitié des évènements indésirables déclarés sont relatifs aux processus/procédures cliniques, à des erreurs médicamenteuses, à des accidents et des infections associées aux soins. Dès lors, il semble évident qu'une partie de ces évènements sont en partie évitables grâce à des politiques de prévention au sein de l'hôpital.

Figure 5 : Pourcentage de patient·es qui ont rapporté un évènement indésirable dans divers pays occidentaux (Sources : Kendir et al., 2023 ; pour la Belgique : PAQS, 2023)



Les autorités devraient également s'interroger sur les problèmes récurrents que connait le secteur hospitalier, et des soins de santé en général, comme la pénibilité du travail, la pénurie de certaines professions médicales, entre autres. La Belgique n'est certainement pas épargnée par ces problèmes. Actuellement, près de 2.500 lits d'hôpitaux sont fermés. « Plusieurs raisons expliquent la fermeture de lits mais, fondamentalement, "*la fermeture de lits est une conséquence généralisée de la pénurie de personnel soignant, en particulier du personnel infirmier*", témoigne Pascal Mertens, le directeur général de Vivalia, l'intercommunale de soins de santé dans le Luxembourg » (RTBF, 2023).

Si les causes de la pénurie sont également multiples, on peut supposer qu'un déficit de bien-être au travail en fasse partie et que cela ait des conséquences sur la sécurité du·de la patient·e. En effet, nombre d'études montrent un lien entre un bien-être dégradé voire un niveau élevé de burnout d'une part et une sécurité du·de la patient·e dégradée d'autre part (Hall, Watt, Tsipa, & O'Connor, 2016). Beaucoup de services sont concernés, comme le service des soins intensifs, où la qualité de soins ainsi que la sécurité des patient·es peuvent être impactées par le burnout de certains membres de l'équipe médicale (Reader, Cuthbertson, & Decruyenaere, 2008).

3.1.3. Les relations entre le fait de déclarer un évènement indésirable et d'autres variables

Notre démarche, qui reflète le point de vue subjectif des patient·es, tend déjà à montrer que ces dernier·ères sont bien à même de repérer des problèmes organisationnels liés à la déclaration d'évènements indésirables. Ainsi, la qualité de la communication entre les professionnel·les de l'hôpital, ou entre ces dernier·ères et les patient·es est associée à la survenance d'évènements indésirables. Au plus la qualité de cette communication est mauvaise, au plus le risque de déclarer un évènement indésirable est susceptible d'augmenter. Manifestement, améliorer la communication semble être une piste pertinente afin de prévenir la survenance d'évènements indésirables. De plus, les patient·es sont partagé·es par rapport à la gestion de l'évènement indésirable lui-même : 43,7% estiment que l'évènement indésirable a été bien géré par l'hôpital, 42,5% estiment que non. À ces égards, un champ d'action pour l'hôpital se dessine.

3.2. Évaluation du questionnaire en lui-même

Comme c'est la première fois qu'un tel questionnaire est administré en Belgique francophone auprès de patient·es francophones ayant séjourné à l'hôpital, il est important de s'interroger sur sa qualité. Est-ce que ce questionnaire est bien compris ? Est-ce qu'il est compliqué à compléter ? Pour les 1.099 personnes qui ont rempli le questionnaire, quasi toutes ont été jusqu'au bout et le temps médian consacré à le compléter est de moins de 7 minutes, ce qui est assez court et indique qu'il n'y a pas de difficultés majeures. Cependant, comme on l'a vu au point 2.2, il y a deux questions (l'une sur l'information du·de la patient·e sur les possibilités d'exprimer ses préoccupations, l'autre sur les raisons pour lesquelles l'évènement indésirable a été géré comme souhaité par le·la patient·e) où le taux de non-réponse est supérieur à 5%. Afin d'améliorer ces deux questions, il convient alors de les reformuler, éventuellement de proposer d'autres modalités de réponse. De plus, pour les questions relatives à la bonne ou à la mauvaise gestion de l'évènement indésirable, on a vu qu'il y avait beaucoup d'autres commentaires laissés par les répondant·es (voir Figures 3 et 4). Ici, sur base de ces commentaires, ce sont les modalités de réponse qu'il faut enrichir. Bref, le questionnaire lui-même mérite encore de petites améliorations.

3.3. Pistes pour de futures recherches

Pour confirmer les premiers résultats obtenus, il serait intéressant de reproduire l'étude afin de voir s'ils sont robustes. Ce serait l'occasion d'apporter certaines améliorations dans la méthode et de tester des variantes dans la diffusion du questionnaire :

- Au niveau de l'échantillonnage, on peut envisager de suréchantillonner certaines catégories de personnes, sous-représentées parmi les répondant·es, comme les jeunes (35 ans et moins), les personnes ayant un niveau socio-économique plus faible (sur base du statut de bénéficiaire de l'intervention majorée, par exemple), les femmes, les personnes ayant des hospitalisations d'une nuit ou de 7 nuits et plus (voir Tableau 1).

- On pourrait également envisager de tester une méthode alternative de collecte d'informations. Avec la coopération des hôpitaux, pourrait-on envisager de diffuser aléatoirement le questionnaire aux patient·es à la fin de leur séjour ? Cela permettrait éventuellement d'avoir une meilleure représentativité des patient·es. On pourrait

alors examiner dans quelle mesure cette méthode alternative a une influence sur les résultats : par exemple, si notre méthode de diffusion du questionnaire souffre d'un biais de sélection, poussant le pourcentage de patient·es déclarant un évènement indésirable à la hausse, le fait d'interroger les patient·es directement à la fin de leur séjour permettrait d'éliminer ce biais.

- On pourrait également étendre ce type de recherche à d'autres secteurs de soins que les hospitalisations classiques. Les soins ambulatoires, les hospitalisations pour des raisons psychiatriques, les séjours en maisons de repos, entre autres, pourraient faire l'objet d'une démarche de type PRIM, à condition qu'une manière adéquate et adaptée d'interroger les patient·es soit trouvée.

Conclusion

Pour la première fois en Belgique, un questionnaire de type PRIM (*Patient-reported incident measures*) a été testé auprès de patient·es hospitalisé·es. Cette démarche est le fruit d'une collaboration entre la PAQS et trois mutuelles (la MC, Solidaris, les Mutualités Libres). Le questionnaire lui-même provient d'une enquête pilote développée par l'OCDE. Grâce à ce questionnaire, traduit et adapté au contexte belge francophone, on peut estimer à **15,8%** le pourcentage de patient·es ayant vécu un ou plusieurs évènements indésirables (liés pour plus de la moitié aux processus/procédures cliniques, à des erreurs médicamenteuses, à des accidents et à des infections associées aux soins). Ce pourcentage apparaît élevé mais plausible au vu de résultats de recherches menées dans d'autres pays occidentaux. Outre les évènements indésirables, **14,7%** des patient·es ayant répondu à l'enquête indiquent avoir fait face à l'un ou l'autre évènement qui les a contrarié·es.

Les résultats de cette étude soulignent qu'il y a matière à amélioration, tant au niveau de la sécurité des soins, que de la façon dont les évènements indésirables sont gérés. Nous pensons que donner la parole aux patient·es par rapport à ces thématiques est un vrai enrichissement et participe à la culture de sécurité de l'hôpital. Un outil PRIM a donc toute sa place dans la stratégie d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital, en complément à d'autres outils et sources d'informations sur les évènements indésirables (comme les données collectées en routine à propos des traitements, des procédures, des diagnostics, des caractéristiques des patient·es, etc., ainsi que les rapports d'incidents déclarés par les membres du personnel de l'hôpital).

Au vu de la pénurie actuelle du personnel soignant, il nous semble également important de rappeler que le contexte organisationnel des soins et les conditions de travail de l'ensemble des prestataires doivent faire l'objet d'une attention toute particulière. Dans le contexte actuel, il est difficile de croire que la sécurité des soins puisse être garantie à son optimum s'il n'y a pas assez de personnel pour répondre aux besoins des patient·es. Si l'objectif est d'améliorer la qualité des soins, il est à parier qu'il faudra également améliorer le bien-être du personnel soignant, en particulier celui des infirmier·ères s et aides-soignant·es.

Bibliographie

Armitage, G., Moore, S., Reynolds, C., Laloë, P.-A., Coulson, C., Mc Eachan, R., . . . O'Hara, J. (2018). Patient-reported safety incidents as a new source of patient safety data: an exploratory comparative study in an acute hospital in England. *Journal of Health Services Research & Policy, 28*(1), 36-43.

Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *British Medical Journal, 346*, f167.

Chamberlain, C. J., Koniaris, L. G., Wu, A. W., & Pawlik, T. M. (2012). Disclosure of "Nonharmful" Medical Errors and Other Events: Duty to Disclose. *Archives of Surgery, 147*(3), 282-286.

Charafeddine, R., Demarest, S., Berete, F., & Drieskens, S. (2020). *Enquête de santé 2018 : Hospitalisation.* Bruxelles: Sciensano.

de Béthune, X., & Herbaux, D. (2014). La Plateforme d'Amélioration continue de la Qualité des Soins et de la Sécurité du patient : les fondations sont posées. *MC-Informations, 258*, 11-16.

Desomer, A., Van den Heede, K., Triemstra, M., Paget, J., De Boer, D., Kohn, L., & Cleemput, I. (2018). *Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy.* Health Services Research (HSR), Brussels: Belgian Health Care Knowledege Centre (KCE). KCE Reports 303. D/2018/10.237/40.

Faure, L., Brotcorne, P., Vendramin, P., Mariën, I., & Dedonder, J. (2022). *Baromètre de l'inclusion numérique 2022.* Bruxelles: Fondation Roi Baudouin.

Hall, L. H., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PloS one, 11*(7), e0159015.

Kendir, C., Fujisawa, R., Brito Fernandes, O., de Bienassis, K., & Klazinga, N. (2023). Patient engagement for patient safety: The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety. *OECD Health Working Papers, 159*.

OECD. (2019). *Patient-Reported Safety Indicators: Question Set and Data Collection Guidance.* Paris: OECD.

O'Hara, J. K., Reynolds, C., Moore, S., Armitage, G., Sheard, L., Marsh, C., . . . Lawton, R. (2018). What can patients tell us about the quality and safety of hospital care? Findings from a UK multicentre survey study. *BMJ Quality & Safety, 27*, 673–682.

PAQS. (2023). *Rapport du projet PRIM - Etude réalisée en collaboration avec l'OCDE, Solidaris, la Mutualité Chrétienne et les Mutualités Libres.* Bruxelles: PAQS.

Reader, T. W., Cuthbertson, B. H., & Decruyenaere, J. (2008). Burnout in the ICU : potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive care medecine, 34*, 4-6.

RTBF. (2023, Octobre 3). *Près de 2500 lits d'hôpital encore fermés en Belgique par manque de personnel*. Retrieved from https://www.rtbf.be/article/pres-de-2500-lits-d-hopital-encore-fermes-en-belgique-par-manque-de-personnel-11265574

Rutberg, H., Borgstedt Risberg, M., Sjödahl, R., Nordqvist, P., Valter, L., & Nilsson, L. (2014). Characterisations of adverse events detected in a university hospital: a 4-year study using the Global Trigger Tool method. *BMJ open, 4*, e004879.

SPF Santé publique. (2015). *Enquête sur le système de gestion de la sécurité 2015.* Bruxelles: SPF Santé Publique.

Tsilimingras, D., Rosen, A., & Berlowitz, D. (2003). Patient safety in geriatrics: A call for action. *Journals of Gerontology, 58*(9), 813-819.

Vincent, C. (2012). *L'essentiel sur la sécurité des patients.* Bâle : Fondation pour la Sécurité des Patients (Publication n°4).

Ward, J. K., & Armitage, G. (2012). Can patients report patient safety incidents in a hospital setting ? A systematic review. *BMJ Quality & Safety, 21*(8), 685-699.

Weingart, S., Pagovich, O., Sands, D. Z., Li, J. M., Aronson, M. D., Davis, R. B., . . . Phillips, R. S. (2005). What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *Journal of General Internal Medicine, 20*(9), 830-836.

Weissman, J. S., Schneider, E. C., Weingart, S. N., Epstein, A. M., David-Kasdan, J., Feibelmann, S., . . . Gatsonis, C. (2008). Comparing Patient-Reported Hospital Adverse Events with Medical Record Review: Do Patients Know Something That Hospitals Do Not? *Annals of Internal Medecine, 149*(2), 100-108.

WHO. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety - Final Technical Report January 2009.* WHO/IER/PSP/2010.2.

Zhu, J., Stuver, S. O., Epstein, A. M., Schneider, E. C., Weissman, J. S., & Weingart, S. N. (2011). Can we rely on patients' reports of adverse events? *Medical Care, 49*(10), 948-955.