

## COMMISSION D’EVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhlux.lu](mailto:laurent.wolf@fhlux.lu) | [www.fhlux.lu](http://www.fhlux.lu)

Version arrêtée et validée par la Commission d’Evaluation en date du 10 mai 2022

Version validée par le Conseil d’Administration de la FHL en date du

Version validée par le Comité Directeur de la CNS en date du 18.05.2022

CONSEIL D’ADMINISTRATION

# PROGRAMME QUALITÉ 2022

## Table des matières

Introduction.....	2
Préambule aux contenus 2022.....	2
Contenus à réaliser en 2022.....	5
Module 1 : Accréditation qualité.....	5
Volet 1.1 : Accréditation .....	5
Volet 1.2 : Qualité.....	6
Module 2 : Transparence .....	11
Module 3 : indicateurs.....	11

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhflux.lu](mailto:laurent.wolf@fhflux.lu) | [www.fhflux.lu](http://www.fhflux.lu)

## INTRODUCTION

Pour pouvoir prétendre à l'attribution de la Prime Annuelle inscrite dans la convention cadre FHL-CNS, chaque établissement devra remettre pour le 31 mars 2023 dernier délai, à la Commission d'Évaluation, un rapport dont le contenu sera communiqué aux établissements pour le 31 mai 2022 au plus tard.

## PRÉAMBULE AUX CONTENUS 2022

Le programme comporte 3 modules qui feront l'objet d'une évaluation en vue de l'octroi d'une prime annuelle :

- Un module **Accréditation** et **Qualité** qui traitera essentiellement de la démarche d'accréditation mais aussi le cas échéant d'autres démarches qualité susceptibles d'enrichir ce module. Le volet qualité de ce module intègre également un contenu destiné aux établissements n'ayant pas encore démarré de processus d'accréditation leur permettant de disposer d'un résultat de gap analyse.
- Un module **Transparence** qui traitera de l'amélioration de la qualité, de l'exhaustivité et de la conformité de la documentation hospitalière.
- Un module **Indicateur** dont l'objectif sera de disposer de mesures objectives centrées en priorité sur la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, répondant à des exigences de benchmark et de publication. Le set d'indicateurs sera évolutif tant sur le nombre des indicateurs suivis que sur leur nature ou leur renouvellement régulier.

Un second document « Modalités d'évaluation et de remise du rapport prime annuelle 2022 » précise et détaille l'ensemble des éléments à fournir par les établissements, qui forment le « rapport qualité » :

- Les livrables à fournir selon les tâches à réaliser définies dans le programme, en fonction du niveau choisi par l'établissements
- Les modèles de documents à utiliser
- Les modalités d'évaluation des différents éléments constitutifs du programme

Ce document sera communiqué aux établissements avant le 31 mai 2022

### **MODULE 1 : ACCREDITATION ET QUALITE :**

Le module 1 se compose de deux volets, l'accréditation et la qualité.

Chaque établissement hospitalier s'engage dans une démarche d'accréditation. Celle-ci se fait au choix de l'établissement hospitalier parmi les référentiels d'accréditation hospitalière JCI (Joint Commission International) ou ACI (Accréditation Canada International).

La démarche d'accréditation comprend 3 niveaux d'avancement permettant de prendre en compte le niveau de maturité de chaque établissement hospitalier. Le programme qualité varie en fonction du niveau choisi par l'établissement, en fonction de ces définitions :

- Niveau 1 :

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhflux.lu](mailto:laurent.wolf@fhflux.lu) | [www.fhflux.lu](http://www.fhflux.lu)

Le niveau 1 concerne les établissements hospitaliers qui ont démarré leur démarche d'accréditation et choisi leur référentiel entre ACI et JCI. L'établissement hospitalier doit au minimum conclure un contrat avec ACI ou JCI l'engageant dans la démarche d'accréditation, préciser comment la démarche d'accréditation s'intègre dans sa stratégie, et programmer une gap analyse par des experts externes afin d'évaluer son niveau de maturité quant au modèle choisi.

- Niveau 2 :

Le niveau 2 concerne les établissements hospitaliers ayant réalisé leur gap-analyse en s'appuyant sur des experts externes. Ces établissements hospitaliers définissent et déploient un plan d'action qui est évalué par la commission d'évaluation. Ce niveau concerne également tout établissement hospitalier qui perd son accréditation suite à une visite de réaccréditation.

- Niveau 3 :

Le niveau 3 concerne les établissements hospitaliers qui possèdent une accréditation au 31 décembre de l'année concernée. La validité d'une accréditation atteste que l'établissement hospitalier remplit des critères de haute qualité de prise en charge pour ses patients. Les établissements hospitaliers n'ont plus l'obligation de fournir certains livrables présents dans les niveaux d'avancement de la démarche d'accréditation 1 et 2. Ces établissements doivent cependant attester la continuité de la démarche d'accréditation.

Le programme qualité a pour objectif une accréditation des établissements au plus tard fin 2027.

Le programme qualité propose une vision pluri annuelle. Ainsi, certains éléments seront intégrés aux modules au fur et à mesure.

Dans les domaines liés à la qualité de prise en charge des patients, le programme 2022 demandera aux établissements de démontrer leur souci d'amélioration continue. Ainsi, les livrables mettront l'accent sur l'évaluation des procédures déployées, le réajustement continu, l'efficacité des actions mises en œuvre.

## **MODULE 2 : TRANSPARENCE :**

Une documentation hospitalière de qualité est bénéfique pour tous les acteurs du système de santé, à différents niveaux :

- Pour le patient : elle permet la continuité et la sécurité des soins. Elle représente également une mesure possible qualité de la prise en charge et permet d'apprécier l'offre nationale de soins hospitaliers ;

Pour les établissements : elle permet de disposer d'outils de pilotage, de gestion et benchmarking ainsi que d'améliorer la transparence sur l'activité ;

- Pour les instances : la documentation permet la transcription de l'activité réalisée et de la sévérité de prise en charge. Elle s'inscrit également dans l'amélioration de la transparence des coûts notamment en matière d'analyse et de comparabilité. Elle permet :
  - de disposer d'une cartographie précise de l'activité hospitalière au niveau institutionnel et au niveau national,
  - la planification hospitalière,
  - d'évaluer la qualité du système de santé,

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhlux.lu](mailto:laurent.wolf@fhlux.lu) | [www.fhlux.lu](http://www.fhlux.lu)

- de valoriser les atouts du système hospitalier,
- d'effectuer le suivi des politiques de santé et sa performance,
- de répondre aux objectifs de transparence et d'obligations de reporting international.

Il est donc nécessaire de veiller à la constante amélioration de la documentation hospitalière.

Ce module porte sur l'exhaustivité et la qualité des données reprises dans le dossier individuel du patient hospitalier et le dossier de soins partagé (ci-après « DSP ») ainsi que sur l'échange et la communication de ces données conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Ce module vise à renforcer la démarche d'amélioration continue de la documentation de l'activité hospitalière se basant sur les recommandations de la Commission consultative de la documentation hospitalière (ci-après « CCDoHosp ») selon des modalités de codage fixées annuellement.

## **MODULE 3 : INDICATEURS :**

La commission d'évaluation propose annuellement un ensemble d'indicateurs pertinents relatifs à différentes dimensions de la qualité dans le secteur de la santé et le cadre hospitalier. Il s'agit d'indicateurs se rapportant à :

- la qualité et la sécurité des soins,
- l'évaluation de pratiques cliniques,
- des résultats cliniques,
- la qualité des soins perçue par le patient,
- l'efficacité et l'efficience de l'organisation et de la gestion des établissements hospitaliers,
- la responsabilité sociale des établissements hospitaliers.

Ces indicateurs, dont le choix doit être motivé, sont comparables au niveau international ou national.

La commission d'évaluation propose le set d'indicateurs à publier par les établissements hospitaliers, respectivement par la FHL et la CNS, parmi l'ensemble d'indicateurs du programme qualité.

La commission d'évaluation s'assure que les indicateurs publiés soient compréhensibles (nature de l'indicateur et interprétation du résultat) par le grand public.

La commission d'évaluation veille pour ce module à assurer la coordination nécessaire avec le comité de gestion interhospitalière, visé à l'article 28 de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

## **PRIME**

Sur base de l'évaluation des rapports fournis par les établissements hospitaliers, la CNS verse une prime annuelle à chaque établissement hospitalier participant au programme qualité. La prime annuelle maximale qu'un établissement hospitalier peut atteindre est de 2% du budget des charges opposables après décompte final de l'exercice budgétaire de l'année concernée.

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhflux.lu](mailto:laurent.wolf@fhflux.lu) | [www.fhflux.lu](http://www.fhflux.lu)

Pour 2022, la pondération du module 1 « Accréditation et Qualité » ne peut pas être inférieure à 60% de la prime annuelle pour les exercices budgétaires à venir jusqu'à l'exercice budgétaire de l'année 2027 inclus.

Le document « Modalités d'évaluation et de remise du rapport prime annuelle 2022 » établi par la Commission d'Évaluation en complément du programme fixe :

- les facteurs de pondération applicables aux différents modules ou volets du programme qualité
- les décotes applicables entre les différents niveaux du programme

## CONTENUS À RÉALISER EN 2022

### MODULE 1 : ACCRÉDITATION QUALITÉ

#### VOLET 1.1 : ACCRÉDITATION

Les établissements intègrent la démarche d'accréditation dans leur stratégie globale. L'accréditation ne peut être une fin en soi. Le processus d'accréditation doit s'inscrire dans une démarche transversale d'amélioration globale et continue de la qualité des prestations.

#### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

Le module d'accréditation se décompose en 3 programmes distincts de niveaux différents.

- ✓ Chaque établissement choisit pour l'année 2022 le programme qui correspond à son niveau d'avancement dans la démarche d'accréditation.

Chaque programme choisi est prévu pour l'année courante. Pour les années suivantes, l'établissement pourra se positionner sur le même niveau d'avancement ou modifier son choix selon les progrès réalisés dans la démarche d'accréditation.

#### PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION

- ✓ Les établissements illustrent l'intégration de la démarche d'accréditation dans leur stratégie
- ✓ Contractualisation avec un organisme d'accréditation et programmation d'une Gap Analyse

#### PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE

- ✓ Les établissements illustrent l'intégration de la démarche d'accréditation dans leur stratégie
- ✓ Les établissements définissent un plan d'action en lien avec les résultats de la Gap Analyse réalisée

La gap-analyse doit être suffisamment proche pour être encore jugée valide par l'établissement, c'est-à-dire servant de support à son plan d'action d'accréditation.

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhflux.lu](mailto:laurent.wolf@fhflux.lu) | [www.fhflux.lu](http://www.fhflux.lu)

L'établissement peut être accompagné de consultants externes lors de ces travaux. Il peut également réaliser une évaluation intermédiaire, ou une pré visite d'accréditation afin d'évaluer de nouveau son niveau de complétude des critères attendus.

La gap-analyse doit couvrir les thèmes abordés dans le module 1.2 Qualité. Dans le cas contraire, le contenu du niveau 1 pour le thème concerné devra être fourni.

## PROGRAMME NIVEAU 3 : ETABLISSEMENT ACCRÉDITÉ

Le niveau 3 concerne les établissements hospitaliers qui possèdent une accréditation au 31 décembre de l'année concernée. La validité d'une accréditation atteste que l'établissement hospitalier remplit des critères de haute qualité de prise en charge pour ses patients. Les établissements hospitaliers n'ont plus l'obligation de fournir les livrables présents dans les niveaux d'avancement de la démarche d'accréditation 1 et 2.

- ✓ Ces établissements doivent cependant attester la continuité de la démarche d'accréditation.
  - Démarche de maintien et suivi des acquis de l'accréditation
  - Démarche d'amélioration continue en lien avec les éventuelles recommandations lors de l'accréditation
  - Programmation d'une visite de ré-accréditation

Dans le cas où un établissement passerait une visite d'accréditation qui ne serait pas concluante, le programme niveau 2 est à considérer.

En cas de visite de réaccréditation en 2022 qui aboutirait à la perte de l'accréditation, le programme niveau 2 est à considérer en utilisant le document d'analyse de visite en tant que base en remplacement du document de gap-analyse.

### VOLET 1.2 : QUALITÉ

Depuis plusieurs années, les établissements ont placé la sécurité des patients au centre de leur programme d'amélioration de la qualité. Les accréditations vont dans le même sens, et fournissent des standards avec des niveaux élevés dans ces domaines. La Commission d'Évaluation – pour l'élaboration de ce module – s'est basée sur les référentiels IPSG (International Patient Safety Goals), MMU (Medication Management and Use) et PCC (Patient-Centered Care) de la JCI et les POR (Pratiques Organisationnelles Requises assimilées aux aspects de la sécurité patients) émanant du Qmentum de l'ACI.

Pour les établissements qui débutent leur démarche d'accréditation (programme niveau 1), les objectifs se situent en continuité avec les programmes qualité des années précédentes.

Pour les établissements en cours d'accréditation (programme niveau 2), une démarche forte de déploiement de ces standards doit être mise en œuvre, évaluée et réajustée. Des audits évaluent le niveau d'atteinte des standards.

Une accréditation ACI ou JCI valide en 2022 atteste que l'établissement remplit complètement les exigences en lien avec ces critères. Les établissements disposant d'une accréditation valide en 2022 sont donc dispensés de fournir certains éléments liés au module 1.2.

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhflux.lu](mailto:laurent.wolf@fhflux.lu) | [www.fhflux.lu](http://www.fhflux.lu)

## A. IDENTIFIER CORRECTEMENT LE PATIENT (IDENTITOVIGILANCE)

### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION  
PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE

- ✓ Le patient est identifié à l'aide de deux identifiants spécifiques, à l'exclusion du numéro de chambre ou du service du patient avant de prester un service (acte, traitement, procédure)
- ✓ Les hôpitaux continuent à déployer, évaluent et mettent à jour – si nécessaire – la politique institutionnelle de chaque établissement dans le domaine de l'identitovigilance. Cette politique est définie dans une charte mise en vigueur dans l'établissement
  - Les procédures sont valides et revues à intervalles réguliers
  - Les collaborateurs sont formés à ces procédures
  - L'application des procédures sur le terrain est évaluée
  - Un plan d'action / de correction est défini et appliqué
- ✓ Les hôpitaux pilotent ce projet avec une structure de pilotage mise en place (comité/commission d'identitovigilance) dans chaque établissement ou groupe

## B. AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE LA COMMUNICATION

### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION  
PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE

- ✓ Les établissements hospitaliers suivent, évaluent et adaptent si nécessaire leur politique interne déterminant les critères à respecter lors de la transmission des informations liées à la prise en charge des patients au moment du transfert entre unités de soins. À cet effet l'hôpital utilise un protocole standardisé pour communiquer les informations en cas de transfert entre unités de soins.
  - Les procédures sont valides et revues à intervalles réguliers
  - Les collaborateurs sont formés à ces procédures
  - L'application des procédures sur le terrain est évaluée
  - Un plan d'action / de correction est défini et appliqué

## C. RÉDUIRE LE RISQUE DE BLESSURES PROVOQUÉES PAR UNE CHUTE ACCIDENTELLE

### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION  
PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE

- ✓ Les établissements hospitaliers suivent, évaluent et adaptent si nécessaire leur politique interne visant la réduction du risque de chutes.

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhflux.lu](mailto:laurent.wolf@fhflux.lu) | [www.fhflux.lu](http://www.fhflux.lu)

- Les établissements hospitaliers mettent en place un processus d'évaluation du risque de chute de tous les patients hospitalisés et des patients ambulatoires
- Les établissements hospitaliers mettent en place des mesures de prévention des chutes chez les patients dont l'état de santé, le diagnostic, la situation ou le service les identifie comme présentant un fort risque de chute accidentelle.

*D. GARANTIR L'INTERVENTION CHIRURGICALE SUR LE PATIENT CORRECT, AVEC LA PROCÉDURE CORRECTE ET SUR LA PARTIE DU CORPS CORRECTE (CORRECT-SITE, CORRECT-PROCEDURE, CORRECT-PATIENT SURGERY)*

## TÂCHES À RÉALISER EN 2022

PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION  
PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE

- ✓ Les établissements hospitaliers respectent les recommandations du CoNaQual-PH concernant les procédures à respecter au bloc opératoire dans le cadre des interventions chirurgicales (check-list opératoire + Vademecum publiés par le CoNaQual-PH en 2012).
- ✓ Les établissements hospitaliers suivent, évaluent et adaptent si nécessaire leur procédure de marquage du site opératoire.

*E. AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES MÉDICAMENTS À HAUT RISQUE (SÉCURITÉ MÉDICAMENTEUSE)*

Les classes médicamenteuses retenues au niveau national sont les suivantes :

- Anticoagulants
- Stupéfiants
- Insulines
- Électrolytes concentrés

Est défini comme médicament à haut risque les médicaments comportant un risque élevé de causer des préjudices graves aux patients en cas d'erreur lors du circuit du médicament.

## TÂCHES À RÉALISER EN 2022

PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION  
PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE

- ✓ Les établissements hospitaliers possèdent une liste des médicaments à haut risque y compris ceux à présentation et/ou consonance semblable.
- ✓ Les établissements hospitaliers prouvent la mise en place des procédures relatives à la gestion des « médicaments à haut risque » suivant un référentiel reconnu.
- ✓ Les collaborateurs sont formés à ces procédures
- ✓ Ils en assurent le suivi
- ✓ Les établissements hospitaliers évaluent la mise en place des procédures suivant le plan d'action retenu en interne.



# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhflux.lu](mailto:laurent.wolf@fhflux.lu) | [www.fhflux.lu](http://www.fhflux.lu)

## F. REDUIRE LE RISQUE D'INFECTIONS NOSOCOMIALES

### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION  
PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE

- ✓ Les établissements hospitaliers suivent, évaluent et adaptent si nécessaire leur une politique institutionnelle sur la thématique de l'hygiène des mains.
- ✓ Cette politique comprend :
  - un programme de formation pour le personnel (également le personnel mis à disposition dans le cadre d'un contrat de sous-traitance) et les bénévoles
  - les procédures de lavage et désinfection des mains pour le personnel et les bénévoles
  - le monitoring du respect des procédures.

## G. MONITORER LES PRESQU'ÉVÈNEMENTS / ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES / ÉVÈNEMENTS SENTINELLES

L'amélioration de la qualité de prise en charge et la sécurité des patients ne peut s'envisager sans le développement d'une culture positive de l'erreur. Plusieurs types d'évènements doivent être recensés et analysés :

- Presqu'évènement : évènement qui aurait pu présenter un danger pour le patient / les accompagnants / le personnel mais qui n'a finalement entraîné aucune conséquence. Si cet évènement venait à se répéter, des conséquences pourraient avoir lieu.
- Évènement indésirable : évènement qui a créé un dommage pour le patient / les accompagnants / le personnel. Les conséquences peuvent être matérielles, physiques, psychologiques, financières ou autre.
- Évènement sentinelle : évènement qui a créé un dommage pour le patient / les accompagnants / le personnel et dont les conséquences sont la mort, une atteinte permanente ou une atteinte temporaire mais grave.

### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION  
PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE  
PROGRAMME NIVEAU 3 : ÉTABLISSEMENT ACCRÉDITÉ

- ✓ Les établissements fournissent un état des lieux des démarches, procédures et outils de recensement des évènements sentinelles / évènements indésirables / presqu'évènements
- ✓ Les établissements démontrent le suivi de ces déclarations et leur traitement, en présentant des exemples concrets de recueil, d'analyse, de plan d'action et de résultat en lien avec des évènements réels.
- ✓ Les établissements hospitaliers ont travaillé en 2021 et début 2022 en commun sur une harmonisation des définitions et la taxonomie relative aux évènements sentinelles / évènements indésirables / presqu'évènements afin d'harmoniser leur recensement

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhlux.lu](mailto:laurent.wolf@fhlux.lu) | [www.fhlux.lu](http://www.fhlux.lu)

- En 2022, les établissements doivent avoir mis en place un système de recensement des événements sentinelles / événements indésirables / presque-événements, se basant sur la taxonomie définie, et en lien avec le rapport des événements indésirables fourni annuellement au ministère de la Santé, et en lien avec les travaux du Comité de Gestion Inter-hospitalière. Chaque établissement devra disposer d'une structure chargée d'analyser et de mettre en place des actions correctives suite aux déclarations.
- Ce recensement devra se faire au minimum pour les catégories suivantes :
  - o Identitovigilance
  - o Processus d'administration de médicaments / produits sanguins
  - o Chutes
  - o Processus d'intervention chirurgicale

## H. CERTIFICATIONS

En parallèle à la démarche d'accréditation, les hôpitaux ont depuis plusieurs années développé leurs approches normatives (certifications, labels, etc.) dans des domaines et services très variés, l'objectif de ces approches étant en premier lieu d'améliorer la qualité des services rendus aux patients et de se conformer à des référentiels qualitatifs déterminés et comparables.

### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

PROGRAMME NIVEAU 1 : DÉMARRAGE DE LA DÉMARCHE ACCRÉDITATION

PROGRAMME NIVEAU 2 : MISE EN PLACE DE LA DÉMARCHE

PROGRAMME NIVEAU 3 : ÉTABLISSEMENT ACCRÉDITÉ

- ✓ Les hôpitaux feront un relevé de toutes les actions de normalisation qualitatives mises en place et en vigueur en 2022 (hors accréditation ACI / JCI) :
  - Certifications
  - Labélisations
  - Prix et Awards
- ✓ Par élément contenu dans ce relevé, les hôpitaux indiqueront :
  - o Le(s) service(s) concerné(s)
  - o Le référentiel utilisé
  - o L'objectif de cette normalisation qualitative
  - o La date officielle du certificat et sa durée de validité

**Note : Ce document n'affectera pas la prime**

# COMMISSION D'ÉVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhlux.lu](mailto:laurent.wolf@fhlux.lu) | [www.fhlux.lu](http://www.fhlux.lu)

## MODULE 2 : TRANSPARENCE

Ce module porte sur l'exhaustivité et la qualité des données reprises dans le dossier individuel du patient hospitalier et le dossier de soins partagé (ci-après « DSP ») ainsi que sur l'échange et la communication de ces données conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Ce module vise à renforcer la démarche d'amélioration continue de la documentation de l'activité hospitalière se basant sur les recommandations de la Commission consultative de la documentation hospitalière (ci-après « CCDocHosp ») selon des modalités de codage fixées annuellement.

### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

Ce module comprend :

- ✓ La transmission par les établissements hospitaliers à la CNS des séjours encodés suivant les règles et critères déterminés par la CCDocHosp.
- ✓ Des analyses et des plans d'actions à produire par les établissements hospitaliers sur base de rapports d'erreurs fournis par la CNS.
- ✓ Un audit externe annuel du respect des bonnes pratiques de codage pour les centres hospitaliers et les établissements hospitaliers spécialisés.
- ✓ Des indicateurs relatifs à la qualité et à l'exhaustivité du codage ainsi qu'à la conformité du dossier patient et des indicateurs se rapportant au DSP.
- ✓ La publication d'indicateurs en rapport avec les modules 1 et 3

Pour 2022, la fourniture de certains de ces indicateurs ne sera pas prise en compte dans le calcul de la prime, mais pourra être intégrée dans le calcul pour la prime 2023.

## MODULE 3 : INDICATEURS

Une analyse sera faite avant le 1<sup>er</sup> mai 2022 pour sélectionner les indicateurs jugés encore pertinents dans le dernier set d'indicateurs validés (2021). En complément, les indicateurs issus des travaux faits en 2021 et validés, seront intégrés au set d'indicateurs du programme 2022.

La commission d'évaluation pourra définir, en coordination avec le comité de gestion interhospitalière, des axes de travail pour définir de nouveaux indicateurs courant 2022, qui seront à fournir pour 2023.

Ces indicateurs, dont le choix doit être motivé, sont comparables au niveau international ou national.

La commission d'évaluation détermine parmi tous ces indicateurs lesquels sont susceptibles d'être communiqués au grand public.

### TÂCHES À RÉALISER EN 2022

- ✓ Le set d'indicateurs et fiches indicateurs seront à fournir tels que définis dans le document des modalités 2022, y inclus les exigences relatives à l'indication des tendances sur 3 années, les procédures de suivi, et les actions d'amélioration.
- ✓ Les établissements justifient de la participation aux travaux relatifs aux indicateurs (pour compléter le set ou adapter les méthodes)

# COMMISSION D'EVALUATION FHL – CNS

Secrétariat : 5 rue des Mérovingiens | Z.A. Bourmicht | L-8070 BERTRANGE | Tél. : +352 42 41 42-11 | Fax : 42 41 42-81 | E-mail : [laurent.wolf@fhflux.lu](mailto:laurent.wolf@fhflux.lu) | [www.fhflux.lu](http://www.fhflux.lu)

Pour la FHL, le *30/01*..... 2022

**Dr Philippe TURK**  
Président FHL



Pour la CNS, le *7-07*..... 2022

**Christian OBERLÉ**  
Président CNS

