

La problématique de la disparition d'objets en milieu hospitalier

Les disparitions d'effets personnels de patients, fréquentes en milieu hospitalier, nuisent à l'hôpital et son personnel.

Le contexte

En effet, ces dernières années une augmentation du nombre de déclarations de sinistres en lien avec la disparition des effets personnels du patient en milieu hospitalier a été constatée. Près de la moitié de ces dossiers concernent une perte de prothèses dentaires.

Cette problématique touche à des enjeux essentiels liés à la prise en charge du patient dont notamment le lien de confiance entre l'institution, ses préposés et le patient mais aussi la réputation tant de l'établissement que du personnel soignant. Par ailleurs, ces cas alourdissent la sinistralité de l'hôpital.

Le régime juridique

Lorsque l'assureur est sollicité pour une demande d'intervention, avant d'accepter ou de décliner, il se demande si, en l'espèce, l'hôpital a manqué ou non à ses obligations de surveillance et de restitution.

Si nous ne pouvons exiger du personnel soignant une vigilance permanente pour chaque patient, certaines étapes de l'hospitalisation doivent attirer l'attention du personnel : l'admission, les transferts, l'entretien de la chambre, les repas et le coucher.

Quelques pistes pour résoudre cette problématique

Les propositions suivantes peuvent être formulées :

1. Déconseiller au patient d'apporter des objets personnels de valeur qui ne sont pas indispensables au séjour du patient.
2. Avertir le patient par le biais du formulaire d'admission qu'en cas de vol ou de perte de ses effets personnels l'hôpital décline toute responsabilité.
3. Etablir un inventaire annexé au dossier du patient dans lequel les informations relatives aux prothèses et aux autres objets personnels sont indiquées avec précision. Indiquer également les habitudes des patients.
4. Mettre à la disposition du patient un réceptacle visible et identifiable pour ses prothèses dentaires, auditives ou ses lunettes. Le but est d'éviter les objets égarés dans les gobelets, les plateaux-repas, les serviettes, ou les draps du lit.

5. Placer les vêtements ou les objets de valeur (sacs, bijoux, portefeuilles, espèces, PC portables, GSM,...) dans un coffre sécurisé ou dans une armoire fermant à clé mis à la disposition du patient dans la mesure du possible.
6. Sensibiliser le personnel à la problématique de la perte des effets personnels des patients et en particulier des prothèses.
7. Etablir une procédure en cas de disparition d'un objet personnel.
8. Mettre en place des mécanismes de fermeture sécurisée des unités de soins après les heures de visite et un système de gardiennage¹.
9. Mettre en place un système de détection des objets afin d'éviter qu'ils passent à la blanchisserie ou qu'ils soient jetés à la poubelle².

Conclusion

Que l'assureur accepte ou non la prise en charge, ces dossiers sont nombreux et donnent lieu à des conflits avec le patient d'une part avec la compagnie et d'autre part avec l'institution de soins.

Ces dernières années le nombre de dossiers concernant une perte d'effets augmente. Nous recensons en moyenne une dizaine de perte et de vol d'objets par an et par hôpital.

Bien que le risque zéro soit un idéal difficilement atteignable, une bonne sensibilisation du personnel et la mise en place de procédures systématiques en interne (inventaire, réceptacles, coffrefort, gestion des incidents, ...) permettraient de réduire le nombre de perte ou de vol.

Pierre-Antoine Lazarski

1 https://www.rtb.be/info/regions/detail_liege-l-hopital-de-la-citadelle-prend-des-mesures-contre-le-vol?id=8340924

2 <http://www.lalibre.be/actu/sciences-sante/meme-pas-peur-d-egarer-mon-dentier-560aac973570b0f19efa563>

Découvrez l'intégralité de l'article sur
**[amma.be/fr/gestion-des-risques-medicaux/
problematique-disparition-objets-milieu-hospitalisation](http://amma.be/fr/gestion-des-risques-medicaux/problematique-disparition-objets-milieu-hospitalisation)**

RÉPONSES AUX CATASTROPHES LIÉES AU FEU EN BELGIQUE



Serge Jennes,
MD¹



Mustafa Al-Shams
MD, MPH²



Maria Moitinho de Almeida,
MD, MPH²



De l'extrapolation des chiffres relevés aux États-Unis on estime qu'en Belgique 1,2 % de la population est victime chaque année de brûlures, soit 120.000 personnes. Près de 10.000 (0,1 %) nécessitent des soins en milieu hospitalier, dont 800 devront être transférés en centre spécialisé.* L'objectif de cette étude est d'évaluer les capacités matérielle et humaine (personnel compétent) des CBB (Centres Brûlés Belges) et d'explorer les défis et les possibilités mis en évidence lors des calamités liées au feu.

* Fondation des Brûlés, www.brulures.be



Au cours des trente dernières années, la Belgique a été confrontée à plusieurs calamités avec de nombreuses victimes brûlées : attentat de l'auditoire de pharmacie de l'UC Louvain à Woluwe en 1990, incendie du Switel Hotel à Anvers en 1995, explosion de l'usine Cockerill à Liège en 2003, explosion d'un gazoduc à Ghislenghien en 2004 et attentats de Bruxelles en 2016. Le traumatisme thermique est l'un des plus sévères que l'homme puisse avoir à endurer. Sa gravité s'accroît avec la profondeur et la surface de la brûlure. Lorsque la brûlure dépasse 40 % de la surface corporelle totale, le pronostic vital est fortement engagé et les soins à ces brûlés requièrent d'importantes ressources matérielles et humaines. Une ventilation équilibrée sur plusieurs CB (Centre des Brûlés) de tels patients est primordiale afin de leur garantir le maximum de chances de survie. Malgré l'importance du triage, de la priorisation et de l'évacuation des grands brûlés, les exercices de simulation de catastrophes et les formations aux techniques de triage et de transport en situation de catastrophe sont habituellement sous-financés vu leur rareté.

De la Belgique à l'Europe

En Belgique, six centres des brûlés ont été identifiés (Anvers, Charleroi, Gand, Liège, Louvain et Neder-over-Heembeek). Leur capacité en lits varie de 6 à 26 (12, 10, 6, 6, 12, 26) avec un total de 72 lits. La capacité de réponse des 6 centres des brûlés belges aux catastrophes liées au feu (Mass Burn Casualty Disaster ou MBCD) a fait l'objet, en 2018, d'une étude par un étudiant de l'UCLouvain (Université Catholique de Louvain) (1). Cette étude souligne le rôle important du Plan BABI (Burn Association for Burn Injuries) et des B-Teams (Burn-Team). Depuis l'évacuation d'une quarantaine de grands brûlés de Bucarest en 2015, la Commission européenne a compris l'intérêt d'un plan de réponse au MBCD ainsi que des B-Teams et a libéré les premiers fonds destinés à soutenir la mise en œuvre de ce plan.

(1) Al-Shamsi M, Moitinho de Almeida M, Nyanchoka L, Guha Sapir D, Jennes S. Assessment of the capacity and capability of burn centers to respond to burn disasters in Belgium: a mixed-method study. JBCR 2019;40: 869-877



Debarati Guha-Sapir

PhD²

Linda Nyanchoka^{3,4}

1 Président de la Burn Association for Burn Injuries (BABI), Centre des brûlés du Grand Hôpital de Charleroi, site Loverval, rue de Villers 1- 6280 Charleroi et Centre des brûlés de Bruxelles. sergejennes@hotmail.com

2 Centre de recherche pour l'épidémiologie des catastrophes (CRED), Institut de Recherche Santé et Société, Université Catholique de Louvain, Bruxelles

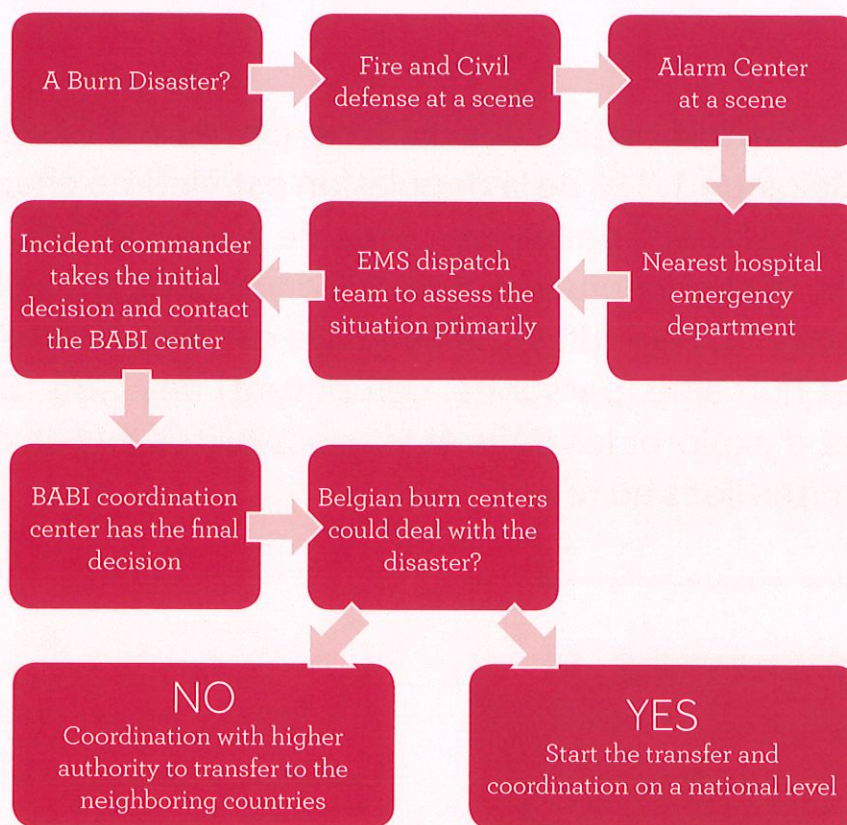
3 Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de médecine, Paris, France ; INSERM, UMR 1153,

4 Epidemiology and Statistics Sorbonne Paris Cite Research Center (CRESS) Team METHODS Paris France.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui utilise des méthodes mixtes : une enquête quantitative et un questionnaire qualitatif semi-structuré ont été appliqués simultanément. L'enquête quantitative a été développée sur base d'une analyse approfondie de la littérature pertinente pour la préparation et la gestion des catastrophes causées par des brûlures dans d'autres pays. Nous avons identifié 60 questions liées à la préparation et à la gestion de ces calamités. Par la suite, le questionnaire a été examiné par l'équipe de recherche, qui a sélectionné 32 questions finales organisées en huit domaines. L'entretien semi-structuré consistait en des questions ouvertes, organisées en cinq thèmes. Au total, cinq centres des brûlés sur six ont participé à l'étude et neuf personnes ont participé à l'entretien, dont trois médecins principaux dans trois centres des grands brûlés. Dans le quatrième centre, les médecins adjoints et le médecin d'urgence ont été interrogés. Pour le dernier

Figure 1 : Communication et hiérarchie des transferts en cas de catastrophe



centre, l'auteur a interrogé le médecin adjoint ainsi que le gérant en cas de catastrophe, l'infirmier chef et les infirmiers adjoints de l'unité des brûlés. Les entretiens qualitatifs ont été transcrits intégralement et envoyés à toutes les personnes interrogées afin qu'elles les examinent et les confirment. Nous avons comparé les données recueillies lors de l'enquête quantitative avec les entretiens qualitatifs, et synthétisé cette information sous la forme d'une narrative organisée en cinq thèmes prédéfinis.

Préparation et plan

Le Plan BABI, appelé ainsi car il émane de la Burn Association for Burn Injuries, est un plan spécifique aux catastrophes avec brûlés. La BABI est une ASBL scientifique créée en 1987 et regroupant les 6 CBB. Le Plan BABI est tenu à jour par cette association. C'est un complément au plan médical d'intervention fédéral. C'est essentiellement un plan de coordination et de régulation des lits pour brûlés en Belgique et d'aide mutuelle entre CBB. Il est uniquement

activé en cas de catastrophe avec de nombreux brûlés réels ou potentiels. La régulation des lits en situation de catastrophe est gérée par une centrale, appelée la Centrale BABI. Elle est située au sein du département d'intervention de l'Hôpital militaire et fonctionne 24/7. Elle tient à jour quotidiennement la disponibilité en lits pour brûlés sur notre territoire national. Le Plan BABI peut être activé par les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les centrales 100, l'Inspecteur Fédéral de la Santé, voire par des autorités sanitaires d'autres pays comme ce fut le cas lors de l'incendie d'un café à Volendam aux Pays-Bas en 2001. Les CBB avaient alors admis au total 21 grands brûlés néerlandais. Une fois le Plan BABI activé, les CBB tendent à augmenter leur capacité en lits. La Centrale enregistre les modifications de disponibilité en lits de chaque centre afin d'assurer une régulation fluide et éviter des saturations et des déséquilibres. S'il appert que la capacité en lits en Belgique est insuffisante, les autorités sanitaires belges sont averties et des transferts

médicalisés vers les pays limitrophes sont organisés avec ou sans le concours des CBB. Tous les CBB sauf un ont leur propre plan d'urgence et sont intégrés dans le plan d'urgence hospitalier. Aucun des CBB n'a de plan catastrophe pour brûlés pédiatriques. Les participants à l'étude ont relevé des difficultés de standardisation des traitements et des protocoles, des problèmes de coordination, le risque de manque de lits lié à un haut taux d'occupation. L'étude a également montré que l'accueil de plus de trois grands brûlés simultanément est considéré par tous les CBB comme un grand défi et que les médecins urgentistes amenés à assurer la prise en charge et le triage commettaient plus d'erreurs dans l'évaluation de la surface brûlée.

Commandement et communication

Actuellement, un seul CBB a la possibilité de dépêcher une Burn-Team ou B-Team sur le lieu de la catastrophe. Cette B-Team est constituée d'experts – infirmiers et médecins – en brûlures. Elle sera surtout envoyée dans les hôpitaux sans centre pour le traitement des brûlés, ayant accueilli des brûlés, pour assurer le triage et le conditionnement des victimes, au cours des 12 à 24 premières heures suivant une catastrophe majeure. Les autres fonctions de la B-Team sont le suivi et l'évacuation des victimes hospitalisées en dehors de CB, la dispensation de conseils et d'avis, le transport de grands brûlés. La B-Team peut aussi participer à l'évaluation du nombre de lits disponibles en interaction avec la Centrale BABI et servir de conseiller technique au « directeur médical des services d'intervention sur le lieu de la catastrophe » (DirMed). Tous les CBB ont la possibilité, en situation de calamité, de faire appel à un vecteur aérien civil ou militaire pour évacuer des brûlés vers d'autres CB belges ou étrangers. La Centrale régule les transferts des hôpitaux et des postes médicaux avancés vers les CB belges ou étrangers et constitue donc un point de passage obligé de toutes les informations concernant les mouvements des victimes. Les autres communications peuvent emprunter le réseau sécurisé ASTRID attribué aux acteurs des situations d'urgence et exceptionnelles.

Triage et transfert

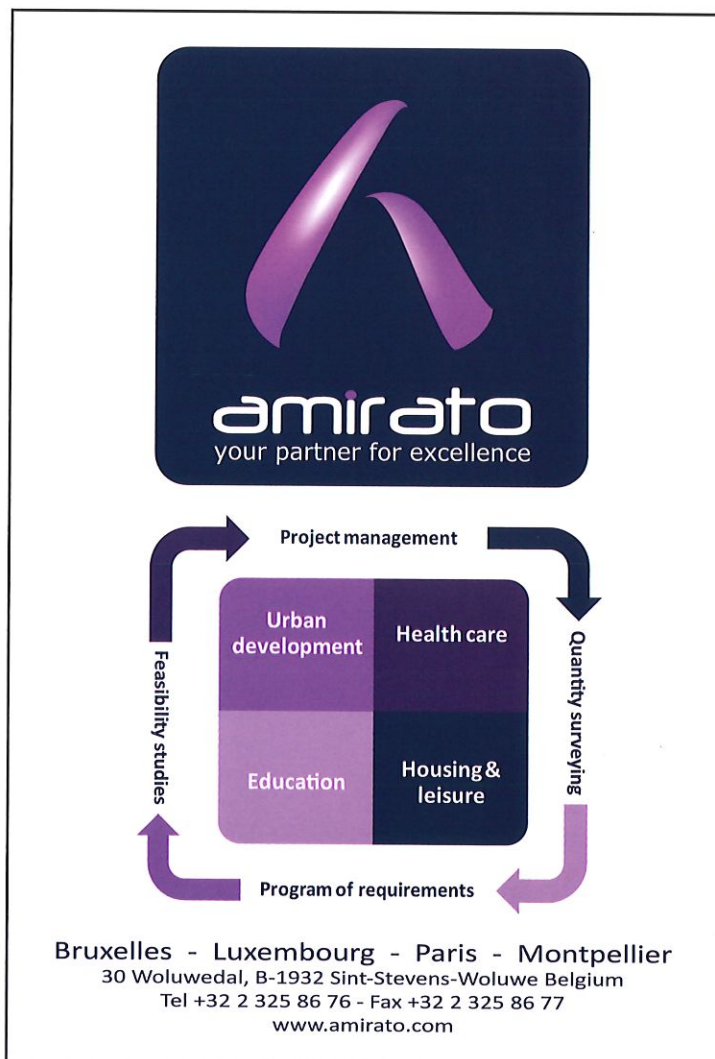
Le triage sur le terrain est souvent effectué par les médecins urgentistes selon leur expérience et leur protocole propres. Il n'existe pas de table de triage prédéfinie qui pourrait servir de référence ni de pistage électronique contrairement à d'autres pays voisins.

Ce sont également généralement les urgentistes qui effectuent le transfert des victimes brûlées vers des CBB sous le contrôle du DirMed en coordination avec la Centrale BABI [Figure 1]. Des hôpitaux non spécialisés peuvent aussi être victimes d'un afflux massif inopiné de brûlés correspondant aux évacuations sauvages décrites dans la littérature et observées lors des trois dernières catastrophes belges (Anvers, Ghislenghien et Bruxelles). Ce ne fut pas le cas de l'explosion à Cockerill. Tous les patients y avaient bénéficié d'un triage primaire suivi d'une évacuation régulée.

Compétences, capacités et stratégies de traitement

Les équipes paramédicales et médicales des CBB peuvent être augmentées temporairement par du personnel venant d'autres unités et services de l'hôpital, la plupart des CBB étant hébergés dans des hôpitaux universitaires ou de grandes structures hospitalières non universitaires. Néanmoins, le personnel de renfort manque d'expérience dans les soins spécifiques aux brûlés et doit être supervisé.

L'augmentation du nombre de lits disponibles et de plages opératoires fait partie de la stratégie de montée en puissance du Plan BABI. Le matériel et les produits pharmaceutiques sont jugés suffisants pour assurer la prise en charge optimale d'un plus grand nombre de brûlés. Les facteurs limitant l'accroissement



du nombre de lits dans un centre pour brûlés sont le nombre de respirateurs dans le centre mais surtout le nombre limité d'infirmiers expérimentés en soins aux brûlés. Le nombre maximum de brûlés sévères par CBB oscille entre 3 et 5. Aucun des CCB ne dispose de la télémedecine.

Formation

Étant donné que la Belgique est un pays sûr, les participants déclarent que les autorités accordent moins d'importance au financement de formations et d'exercices en relation avec des activités de type catastrophe. Deux CBB ont la possibilité de faire de tels exercices, mais seul un CBB a effectué un tel exercice par le passé dans le cadre d'un scénario catastrophe interne à tout l'hôpital (plan d'urgence hospitalier). Les participants ont le sentiment que ces exercices de plan catastrophe sont une nécessité pour l'ensemble du personnel ainsi qu'un cours de type ATLS (Advanced Trauma Life Support). Mais le temps et les moyens financiers font défaut.

Points forts par rapport à d'autres pays

À notre connaissance, c'est le premier article en anglais [1] sur le plan belge de management des catastrophes liées au feu, appelé Plan BABI. Dans l'étude, seuls des responsables des centres des brûlés ont été interrogés. Les professionnels chargés de la mise en œuvre sur le terrain n'ont pas été interviewés. Il s'agit donc d'une étude qui porte plus sur l'aspect stratégique qu'opérationnel. Le Plan BABI régit la réponse entre les différents CBB au niveau préhospitalier. Il s'est montré efficace lors des dernières catastrophes majeures, comme Ghislenghien en 2004 et les attentats de Bruxelles en 2016. En outre, il a aussi été mis en œuvre dans le décours de l'incendie du café de Volendam aux Pays-Bas en 2001 avec l'admission de 20 jeunes grands brûlés dans les CBB et lors de l'incendie du nightclub Colectiv à Bucarest en

2015 avec l'admission de 8 grands brûlés dans le CB de Bruxelles. Le concept du Plan BABI est similaire au plan calamité liée au feu à l'étranger. Ce plan est placé sous la tutelle des militaires qui disposent de beaucoup de moyens et qui sont bien équipés. Ils peuvent ainsi faire face à des catastrophes de grandes ampleurs. En outre, grâce au Plan BABI, les CBB répondront comme une seule entité en situation de catastrophe. C'est un point fort qu'on ne retrouve pas dans d'autres pays.

Les B-Teams peuvent être rapidement déployées dans les hôpitaux (quelques heures à quelques jours) et remplir plusieurs fonctions comme conseiller, trieur, renfort paramédical et médico-chirurgical, transporteur, régulateur des évacuations, voire DirMed. Il a été démontré que ces B-Teams permettaient d'améliorer la réponse à un désastre. Ce concept de B-Team existe dans d'autres pays.

La coordination des transferts est assurée par la Centrale de la BABI en accord avec le DirMed sur le terrain afin d'assurer une distribution équilibrée et appropriée des victimes vers les différents CBB en fonction de leur possibilité et de leur capacité.

Le manque de personnel est un facteur négatif bien connu dans la prise en charge efficace d'afflux massif de victimes. L'apport, voire la réquisition, de personnel supplémentaire est souvent une nécessité en cas de très grand nombre de brûlés.

Défis et limitations

Les MBCD sont rares et cela conduit à une relative apathie dans le suivi et les mises à jour du plan catastrophe. Malgré les avantages certains du Plan BABI, il persiste des défis et des limitations.

Premièrement, le manque de coordination entre les hôpitaux avec et sans CB. En cas de MBCD, il pourrait s'avérer nécessaire d'orienter des patients vers les hôpitaux non spécialisés pour éviter la sursaturation des CB. Il serait utile d'avoir des accords et collaborations préalables.

Deuxièmement, le manque de plan pédiatrique spécifique. Le volet pédiatrique est essentiel à tout plan catastrophe. Un incendie dans une école ou une crèche peut rapidement conduire à un afflux massif de brûlés pédiatriques.

Troisièmement, l'absence de financement des activités du Plan BABI. L'intégration du Plan BABI dans les plans d'intervention fédéraux pourrait conduire à un financement. Actuellement, il dépend de la bonne volonté des membres de cette ASBL et de celle des hôpitaux qui les emploient.

Quatrièmement, beaucoup d'étapes décisives reposent sur des contacts personnels.

Finalement, il n'existe pas encore de système de traçabilité des victimes de catastrophes contrairement aux Pays-Bas.

Points forts et points faibles de l'étude

Un CBB sur six n'a pas participé à l'étude. Dans la technique d'interview utilisée, les participants tentent d'orienter les réponses en fonction de leurs objectifs. Cet écueil bien connu de cette technique d'interview est atténué par l'anonymat conféré aux participants. Initialement, l'objectif était d'interroger tous les chefs de CB. Le chercheur n'a pas pu tous les interroger. Il a interrogé parfois un responsable des situations d'urgence du même hôpital, ce qui a pu biaiser les réponses. Le questionnaire n'avait pas été validé pour la Belgique, mais avait été validé par un expert belge en brûlures. En outre, l'interview a été menée en anglais qui n'est la langue maternelle ni du chercheur ni de l'interviewé. Enfin, l'enquête concernait les autorités des CBB et non pas les gens de terrain qui sont directement confrontés à la catastrophe. Il s'agit d'une étude d'ordre stratégique et non pas opérationnel.

À retenir

Il y a un plan dédié aux catastrophes liées au feu en Belgique. C'est le Plan BABI. Il s'agit de la première publication [1] sur ce plan catastrophe, né en 1987 de la collaboration entre tous les CBB et La Défense. Le système belge de gestion de ces catastrophes liées au feu est avancé et comparable à celui des autres pays à revenu élevé. Une fois le Plan BABI activé, les CBB agissent comme une seule entité. Les B-Teams sont des équipes professionnelles déployées pour assurer le triage secondaire et aider à la prise en charge des victimes brûlées dans les hôpitaux. Des défis dans les domaines du triage, du transfert, de la communication, du financement et de la formation persistent et peuvent faire l'objet d'amélioration. Les points faibles de ce plan sont l'absence de volet pédiatrique, de protocole/tableau de triage et de priorisation, de financement des activités du BABI et d'un système de traçabilité des victimes. Les auteurs de l'article recommandent des révisions fréquentes du plan, une meilleure communication entre les chefs des CB et les autorités, des exercices de mise en situation et des formations afin d'améliorer la préparation des staffs des CBB aux MBCD. Ils espèrent aussi que cette étude servira de référence aux autorités dans la préparation et la réponse au MBCD en Belgique et dans d'autres pays européens.

La BABI a entamé cette année une révision de son plan, qui datait de 2009, en se basant notamment sur les observations de cette étude et en adoptant la nouvelle terminologie. Les recommandations de la BABI pour la prise en charge des brûlés en dehors de CBB, éditées en 2007, vont aussi bénéficier d'une mise à jour prochaine.

La DG ECHO de l'Union européenne soutient le développement d'un plan européen de réponse à la catastrophe (European Response Plan to MBCD) et finance la formation de Burn Assessment Teams (BAT) pour la première fois. Ces BAT seront intégrées à l'European Medical Corps au même titre que les Emergency Medical Teams qui comprennent notamment au niveau belge les équipes B-FAST. Le Plan BABI était-il avant-gardiste ? En tout cas, il a fait des émules...

Belgisch antwoord op brandgerelateerde rampen

Het BABI-plan is een ontwerp van de Burn Association for Burn Injuries (BABI), een in 1987 opgerichte wetenschappelijke vzw waarin de zes Belgische brandwondencentra zetelen. Het plan, dat een aanvulling vormt op het federaal medisch interventieplan, betreft hoofdzakelijk de coördinatie en regeling van bedden voor patiënten met brandwonden met de hulp van de Belgische brandwondencentra, die als één eenheid op de ramp zullen reageren. Bij een ramp met veel daadwerkelijke of potentiële slachtoffers met brandwonden wordt het plan geactiveerd. Zo wordt de opvang van slachtoffers in de verschillende brandwondencentra op prehospital niveau geregeld. Deze studie [1] heeft als doel de materiële en menselijke capaciteit van de Belgische brandwondencentra bij een brandgerelateerde ramp te evalueren.

[1] Al-Shamsi M et al. Assessment of the capacity and capability of burn centers to respond to burn disasters in Belgium: a mixed-method study. J Burn Care Res 2019 June 17.

DEVIENS INFIRMIER

Bachelier 4 ans • Spécialisations +1 an
Une formation d'avenir au cœur de Bruxelles

LABORATOIRE DE SIMULATION DE 500 M²
pour développer tes compétences

PROGRAMME DE FORMATION
axé sur une pédagogie active

NOUVEAU



Haute École
Galilée
ISSIG
Soins infirmiers

www.issig.be

Rue Royale 336, 1030 Bruxelles • issig@galilee.be
02 613 19 70

NAAR EEN BETERE ZORGKwaliteit

GEZOCHT VOOR DE ZORGSECTOR: LEAN-EXPERTS MET BREED PERSPECTIEF



Alain ANTIERENS,

RN, MSc, PhD-kandidaat Universiteit
Gent
CNO, BZIO Revalidatieziekenhuis,
Oostende, België
PhD-Kandidaat, Universitair Centrum
voor Verpleegkunde en Vroedkunde,
Vakgroep Volksgezondheid en
Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde
en Gezondheidswetenschappen,
Universiteit Gent



Ann VAN HECKE,

RN, MSc, PhD, FEANS
Universitair Centrum Voor
Verpleegkunde en Vroedkunde,
Vakgroep Volksgezondheid
en Eerstelijnszorg,
Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen,
Universiteit Gent
Verpleegkundig Department,
Universitair ziekenhuis Gent

Zorgorganisaties implementeren in toenemende mate lean-principes om de efficiëntie en kwaliteit van zorg te verhogen [1]. Om de transformatie naar lean in de praktijk van de gezondheidszorg duurzaam te implementeren, blijken de inzichten van lean-experts van groot nut. Wie wordt daarvoor best aangesproken: experts met of zonder opleiding in de gezondheidszorg?

