



Rôle des experts en qualité et sécurité durant l'épidémie de Covid-19 : état des lieux et analyse en Belgique

Quentin Schoonvaere¹, Denis Herbaux^{1,3,4}, Ana Luisa Van Innis¹, Mathieu Louiset^{1,2}

1- Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Paqs) – Bruxelles – Belgique

2- Faculté de santé publique – Université catholique de Louvain – Woluwe-Saint-Lambert – Belgique

3- Institut de recherche santé et société – Université catholique de Louvain – Woluwe-Saint-Lambert – Belgique

4- Institute for interdisciplinary innovation in healthcare – Université libre de Bruxelles – Bruxelles – Belgique

✉ **Quentin Schoonvaere** – Paqs – Clos Chapelle-aux-Champs, 30 – 1200 Bruxelles – Belgique
E-mail : quentin.schoonvaere@paqs.be

Contexte

La crise de la Covid-19¹ a mis à l'épreuve les systèmes de santé du monde entier. La Belgique ne fait, évidemment, pas exception. Nos institutions de soins ont jusqu'à présent tenu bon, mais elles ont dû faire face à une situation inédite en se réorganisant rapidement, avec un temps de réflexion court et souvent en l'absence de lignes directrices officielles claires. Le manque d'équipements, une stratégie « tester et tracer » mal définie, des errements multiples dans les décisions des autorités et, bien sûr, notre structure institutionnelle complexe ont également eu un impact

sur la gestion de cette crise. Affronter cette pandémie a nécessité de remettre en cause nos habitudes et certitudes et de revoir la manière dont nos organisations fonctionnent. D'abord au niveau structurel et logistique, pour accueillir et traiter un afflux considérable de patients infectés alors que les activités habituelles de l'hôpital devaient s'arrêter, ensuite au niveau des fonctions et des métiers, vu la nécessité de se concentrer sur les patients « Covid » et sur le besoin de bras, finalement peu satisfait et qui a souvent exigé une réallocation de personnel. Ce fut manifestement le cas pour de nombreux experts en qualité des soins et sécurité des patients (Q&S). En Belgique, durant la première vague qui s'est étalée de mars à juin, la plateforme

1- *Coronavirus disease 2019*, maladie à coronavirus 2019.

Résumé

Contexte. L'épidémie de Covid-19 met à l'épreuve les systèmes de santé. Elle a obligé les établissements de soins à revoir rapidement leur fonctionnement avec une réorganisation de l'activité liée à la qualité et à la sécurité des soins. Cette recherche tente de comprendre comment les compétences en gestion de la qualité et de la sécurité des soins (Q&S) sont utilisées en situation de crise. **Méthodologie.** Les données analysées proviennent d'un questionnaire construit à partir d'une stratégie identifiée dans un article publié dans le journal de l'*International society for quality in health care* (ISQua). Le questionnaire a été diffusé via différents canaux de communication et les réponses ont été collectées entre le 21 juin et le 10 juillet 2020. **Résultats.** L'analyse des 81 retours collectés auprès des experts en Q&S confirme une utilisation variable de leurs compétences au sein des hôpitaux belges francophones, et que cette utilisation aurait pu être optimisée dans certains contextes. **Discussion.** Les résultats présentés ne permettent pas d'aller au-delà du constat de l'utilisation, ou pas, des compétences Q&S durant la crise de la Covid-19. Cependant, plusieurs hypothèses explicatives sont identifiées et devraient être testées afin de mieux cerner les leviers possibles pour améliorer l'utilisation des compétences Q&S lors d'une prochaine crise.

Mots-clés : Responsable qualité – Compétences professionnelles – Culture qualité.

Abstract

Part played by quality and safety experts during the Covid-19 crisis in Belgium: overview and analysis

Background. The Covid-19 pandemic has sorely tested the healthcare systems. It has forced healthcare organisations to rapidly review their functioning and reorganise work related to care quality and safety. This research work explores the deployment of managerial competences relevant to care quality and safety in times of crisis. **Methodology.** The data analysed come from a questionnaire based on an optimal strategy identified in the article published by the *International Journal for Quality in Health Care* (ISQua). The questionnaire was distributed through varied communication channels and answers were collected between June 21 and July 10, 2020. **Results.** The analysis of the 81 completed questionnaires returned by Q&S (quality & safety) experts confirmed the differences in use of their skills throughout French-speaking Belgian hospitals. The survey also confirmed that the use of competences could have been optimised in certain contexts. **Discussion.** The results presented in this article do not allow us to determine anything other than whether Q&S experts' skills were used or not during the Covid-19 crisis. However, several explaining hypotheses were identified and should be tested in order to determine which potential levers could improve the use of Q&S experts' competences in the event of another crisis.

Keywords: Quality manager – Professional skills – Quality culture.

pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients (Paqs) a mis sur pied des partages d'expériences entre les hôpitaux de Bruxelles et de Wallonie concernant l'activité des professionnels Q&S. Nous avons eu le sentiment, à travers ces échanges, que deux cas de figure se présentaient : si certains experts ont pu mettre leurs connaissances et compétences spécifiques à contribution pour gérer la première vague de la pandémie, les autres ont effectué des tâches sans rapport direct avec la crise, parfois uniquement administratives, ou sont retournés sur le terrain pour soutenir les soignants dans leur travail quotidien si leur formation de base le permettait. Ce

constat semble se retrouver dans d'autres systèmes de santé [1]. Or on peut raisonnablement admettre que les professionnels qui disposent d'un savoir Q&S peuvent apporter un soutien considérable à la gestion d'une crise grâce à leur expertise, leurs connaissances et leur savoir-faire. Il est dès lors légitime de se poser la question suivante : pourquoi observe-t-on de telles différences de sollicitation des experts Q&S durant la pandémie par les institutions hospitalières ? Avant de pouvoir répondre à cette question, il est essentiel d'objectiver, à l'aide de données, ces impressions issues d'expériences relayées par certains acteurs du système de santé. C'est ce que nous nous proposons de faire dans cet article.

Tableau I – Classement des 26 tâches réalisées par les experts en qualité-sécurité durant la période de crise liée à l'épidémie de Covid-19*.

Tâches	Proportion d'experts qualité-sécurité qui ont effectué la tâche
Soutenir les équipes de contrôle des infections à mettre à jour les directives de contrôle des infections	51,9
Participer à l'organisation de la séparation des flux de patients	49,4
Recueillir et partager des données et des expériences sur la Covid-19	46,9
Optimiser la politique des visites	46,9
Insister sur l'importance de saisir les incidents, les risques, les possibilités d'amélioration et les innovations liés à la crise	46,9
Mettre en place des formations/simulations sur des compétences rarement utilisées	45,7
Contribuer à la résolution de problèmes et à la recherche de solutions	43,2
Soutenir la coproduction (patients et professionnels de soins) des mesures de prévention, d'isolement, de traitement et de rétablissement	42,0
Promouvoir le bien-être et la sécurité psychologique du personnel	40,7
Participer au développement de solutions d'aide à la décision clinique (identification, évaluation et développement des solutions)	40,7
Promouvoir une culture de sécurité, de résilience et d'apprentissage	39,5
Promouvoir des briefings et des courts meetings afin de résumer les nouvelles lignes directrices, les bonnes pratiques et les dernières informations concernant la situation actuelle	38,3
Évaluer la préparation de l'institution face à la gestion de la pandémie	35,8
Coordonner l'identification, l'analyse et la gestion des risques	32,1
Promouvoir le leadership distribué	29,6
Développer des ateliers de formation sur le travail en équipe	27,2
Contribuer à l'analyse, à la représentation et à l'interprétation de la variation des données	24,7
Promouvoir le soutien par les pairs	23,5
Informers et conseiller les dirigeants sur l'importance de fournir des soins centrés sur la personne	23,5
Prévenir certaines lésions provoquées par la pandémie	21,0
Organiser des audits de conformité pour les normes considérées comme pertinentes	18,5
Intégrer l'ergonomie et les facteurs humains dans le développement et la mise en œuvre de programmes de changement comportemental et dans la réorganisation des processus	18,5
Évaluer l'équité en matière de soins et de sécurité des patients et corriger les conséquences négatives en termes d'inégalité socio-économique	16,0
Soutenir l'apprentissage collaboratif et le recueil de leçons sur le terrain	16,0
Participer à l'identification, au développement et à la diffusion d'outils d'autogestion pour les patients atteints de maladies chroniques qui ont un accès limité aux services de soins	12,3
Établir des partenariats avec certains patients qui, selon leur expérience, peuvent fournir des conseils aux équipes soignantes ou aux autres patients	7,4

*Covid-19: *Coronavirus disease 2019*, maladie à coronavirus 2019.

Répartition des tâches dans les cinq domaines identifiés par l'*International society for quality in healthcare* :

- Renforcer le système et l'environnement des soins : **jaune**;
- Soutenir l'engagement et l'*empowerment* des patients, des familles et des communautés : **vert**;
- Améliorer les soins cliniques : **bleu**;
- Réduire les préjudices cliniques : **rouge**;
- Renforcer et développer le système d'apprentissage organisationnel : **violet**;

Source : Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Enquête compétences qualité-sécurité en période de crise. Juin-juillet 2020.

Méthodologie

Construction de l'enquête

Dans le but d'objectiver l'impressions que les compétences des experts Q&S ont été utilisées de manière variable durant la crise de la Covid-19, la Paqs a interrogé ces experts sur les tâches qu'ils ont réalisées (ou actions auxquelles ils ont contribué) durant la première vague de l'épidémie. Pour identifier les tâches pertinentes, nous nous sommes basés sur un article publié dans le journal de l'ISQua² [1], qui propose une « stratégie optimale » permettant aux experts Q&S d'apporter une contribution significative pendant une pandémie et de soutenir ainsi les patients, le personnel et les organisations. À partir de retours d'expériences collectés durant la crise, des experts internationaux ont bâti cette stratégie autour de cinq domaines d'action prioritaires: 1) le renforcement du système de santé; 2) l'engagement auprès des citoyens/patients; 3) le soutien de l'amélioration des soins; 4) la réduction des dommages associés aux soins; 5) la promotion et le développement du système de formation. Pour chacune de ces dimensions, les auteurs de l'article ont identifié une série de tâches qui, en période de crise, peuvent être réalisées à l'aide de compétences propres aux experts Q&S. Les domaines 1, 2 et 5 comportent chacun 6 tâches identifiées et les domaines 3 et 4, 4 tâches chacun (Tableau I). Les experts Q&S ont été invités à identifier la (ou les) tâche(s) qu'ils ont effectuée(s) durant la crise. Les réponses ont été collectées entre le 21 juin et le 10 juillet 2020.

Échantillonnage

Aucun plan d'échantillonnage structuré n'a été prévu pour cette enquête. Le public ciblé était le personnel des hôpitaux généraux et psychiatriques en Belgique francophone assumant des fonctions dédiées à la sécurité des patients et à l'amélioration de la qualité. La diffusion de l'enquête s'est faite via plusieurs canaux de diffusion tels que les actualités et la newsletter de la Paqs, les réseaux sociaux (LinkedIn, Facebook et Twitter) et les réseaux de coordinateurs de la qualité francophones. Le message a été relayé par les fédérations hospitalières. Compte tenu du public traditionnellement ciblé par les activités et autres ressources de la Paqs, nous pouvons faire l'hypothèse qu'une grande majorité des répondants ont le profil visé par l'enquête.

Limites

Ce questionnaire visait à recueillir l'avis de professionnels qui ont assuré des tâches Q&S de manière structurelle au sein des hôpitaux wallons et bruxellois durant la première vague de la pandémie de Covid-19. Toutefois, le processus d'échantillonnage ne garantit pas que tous les répondants correspondent bien à ce profil. Par exemple, dans des institutions de grande

taille, ces tâches ont pu être effectuées par d'autres professionnels que ceux visés par l'enquête. Certains experts Q&S ont pu transférer le questionnaire aux professionnels qui, durant la crise, ont pris le relais sur ces questions alors que ceux-ci ne répondent pas au profil ciblé. Il est également possible que le questionnaire n'ait pas été rempli à titre individuel mais au nom d'une équipe Q&S, entraînant de facto un plus grand nombre de tâches réalisées. Malgré ces limites, nous pouvons supposer que, vu les modes de diffusion utilisés, l'enquête a pu atteindre en grande partie la population ciblée et que les données récoltées permettent de répondre aux objectifs de cette étude.

Résultats

Caractéristiques des répondants

À la clôture du sondage, 128 professionnels s'étaient connectés à l'enquête pour y répondre. Nous avons choisi de n'analyser que les 81 questionnaires complétés en totalité (Tableau II). Les résultats issus des données de l'échantillon ne sont pas proportionnels à la répartition des hôpitaux wallons et bruxellois, avec une légère sur-représentation des répondants d'hôpitaux universitaires ou à caractère universitaire alors que les répondants des hôpitaux psychiatriques sont sous-représentés. Les répondants des plus petits hôpitaux (moins de 300 lits) sont relativement peu nombreux alors que ceux des institutions moyennes sont proportionnellement plus représentés. Ces différences s'expliquent probablement par le fait que, plus une organisation est grande, plus le nombre de professionnels ayant des compétences Q&S augmente. S'il nous est impossible d'évaluer l'impact de ces différences avec les données collectées, nous faisons l'hypothèse que notre échantillon permet de mener des analyses qui reflètent assez bien le secteur hospitalier en Belgique francophone.

Tableau II – Répartition des experts qualité-sécurité répondants selon le type et la taille de leur hôpital vs répartition des hôpitaux wallons et bruxellois.

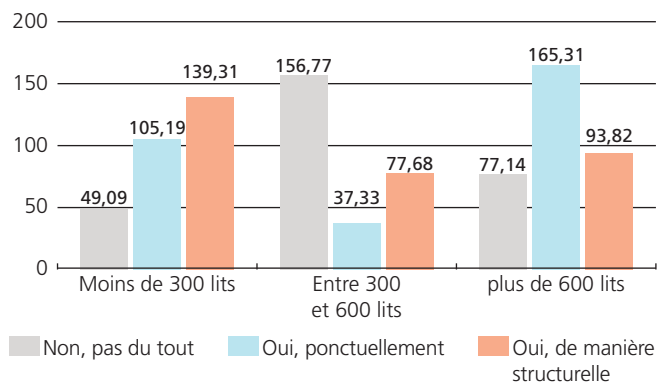
	Répondants à l'enquête (n=128)	Hôpitaux wallons et bruxellois*
Type		
Hôpital général	43%	44%
Hôpital universitaire ou à caractère universitaire	35%	20%
Hôpital psychiatrique	22%	36%
Taille		
<300 lits	27%	44%
300-600 lits	38%	20%
>600 lits	35%	36%

* La répartition des hôpitaux wallons et bruxellois a été calculée à partir des numéros d'agrément.

Source: Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Enquête compétences qualité-sécurité en période de crise. Juin-juillet 2020.

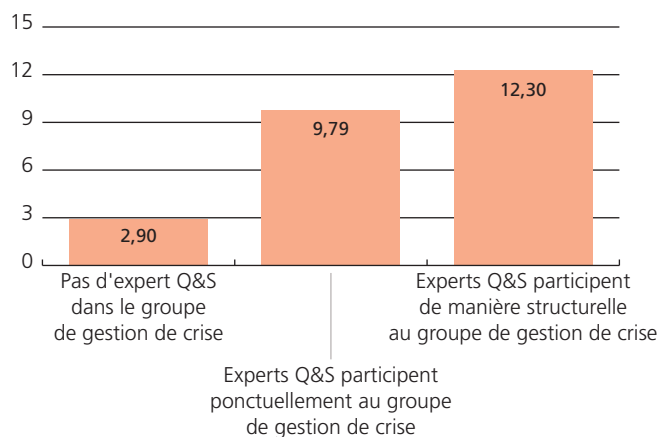
2- International society for quality in health care.

Figure 1 – Probabilité qu'un expert qualité-sécurité participe au groupe de gestion de crise selon la taille de l'institution.



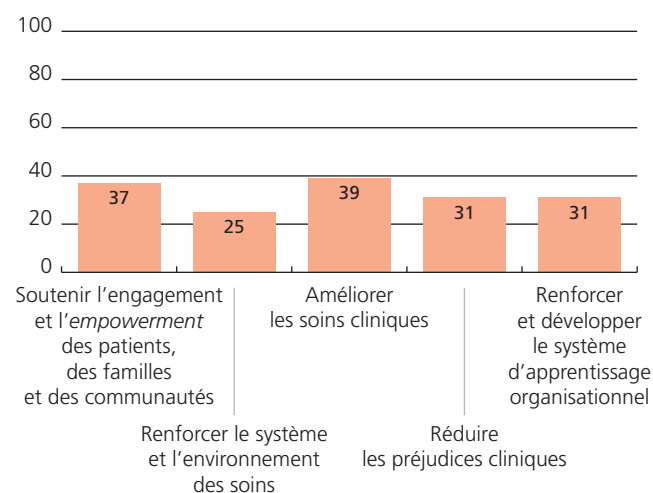
Source : Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Enquête compétences qualité-sécurité en période de crise. Juin-juillet 2020.

Figure 2 – Nombre moyen de tâches réalisées par les experts qualité-sécurité (Q&S) selon leur degré d'implication dans le groupe de gestion de crise.



Source : Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Enquête compétences qualité-sécurité en période de crise. Juin-juillet 2020.

Figure 3 – Tâches réalisées dans chacune des cinq dimensions par les experts qualité-sécurité (en %).



Analyse des résultats

Utilisation des compétences qualité-sécurité selon les institutions de soins

L'objectif de cette enquête est d'évaluer le travail réalisé par les experts Q&S durant la crise de l'épidémie de Covid-19. Outre les tâches réalisées, nous avons voulu savoir si un expert Q&S avait participé au groupe de gestion de crise de son hôpital. Pour 45,7% des répondants, au moins un expert a participé de manière structurelle au groupe de gestion de crise et, pour 17%, de manière ponctuelle. À l'opposé, 37% des répondants affirment que, dans leur institution, aucun expert Q&S n'a pu partager ses compétences au sein du groupe qui a géré la crise. Pour savoir s'il existe un lien entre cette participation au groupe de crise et les caractéristiques de l'hôpital, nous avons réalisé des tests du χ^2 d'indépendance entre deux variables. Le premier test entre le type d'hôpital et la participation d'un expert Q&S au comité de crise n'est pas significatif ($\chi^2=1,7484$; $df=4$; $p\text{-value}=0,7819^3$). Cependant, il existe bien une relation significative entre la taille de l'hôpital et la participation d'un expert Q&S au comité de crise ($\chi^2=12,84$; $df=4$; $p\text{-value}=0,01$) (Figure 1). Si la valeur 100 correspond à l'ensemble des répondants et si une catégorie a une valeur supérieure à 100, cela indique une probabilité plus élevée de participer au groupe de gestion de crise par rapport à l'ensemble des répondants, et inversement. Ainsi, dans les hôpitaux de moins de 300 lits, la probabilité qu'un expert Q&S ne participe pas au comité de crise (risque relatif RR) est moitié moindre (RR=49,09), alors qu'ils vont souvent participer au comité de manière structurelle (RR=139). Dans les structures moyennes (entre 300 et 600 lits), c'est le constat inverse, une plus grande probabilité qu'un expert Q&S ne participe pas au groupe de crise. Enfin, dans les plus grands hôpitaux, le comité de gestion de la crise a tendance à solliciter les experts Q&S de manière ponctuelle. Le degré d'implication des experts Q&S au sein du groupe de gestion de crise est donc variable et associé à la taille de l'hôpital. En poussant les analyses, il est possible de calculer le nombre moyen de tâches réalisées selon cette implication dans le groupe de gestion de crise, nombre qui se révèle très variable (Figure 2) : plus ils sont impliqués, plus ils réalisent de tâches pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en temps de crise – de 7 à 10 tâches de plus que ceux qui n'ont pas du tout été impliqués dans ce groupe.

Tâches réalisées par les experts qualité-sécurité durant la crise

Pour évaluer le travail des experts Q&S pendant la crise, étudions les cinq dimensions identifiées dans

3- df : *degree of freedom*, degré de liberté : nombre de variables aléatoires qui ne peuvent être déterminées ou fixées par une équation ; $p\text{-value}$: valeur p, probabilité de rejeter à tort l'hypothèse nulle et d'obtenir un faux positif.

l'article qui a inspiré notre questionnaire. Nous proposons de calculer le nombre des tâches réalisées par l'ensemble des experts dans chacune d'elles (Figure 3). Par exemple, pour le renforcement du système de santé, les auteurs préconisent 6 tâches que les experts Q&S se doivent de réaliser dans le cadre d'une stratégie optimale. Un score de 100% indique que les 81 experts ont chacun réalisé l'ensemble des 6 tâches durant l'épidémie de Covid-19. Cet indicateur montre des différences entre les domaines identifiés. Le soutien de l'amélioration des soins et le renforcement du système de santé sont les deux dimensions auxquelles ils ont le plus contribué, alors que l'engagement auprès des patients/citoyens est peu traité. Il est important de souligner qu'1 expert Q&S sur 5 n'a pas utilisé ses compétences pour réaliser les tâches identifiées dans l'enquête. Concernant les tâches les plus fréquentes, les données soulignent des différences importantes. Durant la crise, environ 52% des répondants ont contribué à la tâche la plus souvent citée, contre seulement environ 7% à la tâche la moins effectuée. Les 5 premières tâches se retrouvent dans 5 dimensions différentes (Tableau I). Sans surprise, la tâche réalisée par plus de 50% des experts Q&S concerne le soutien apporté aux équipes de contrôle des infections et la mise à jour des directives de contrôle des infections. Il s'agit d'un travail essentiel pour limiter la propagation du virus dans les organisations. Les autres tâches les plus couramment réalisées (de 40% à 50% des réponses) sont entre autres la séparation des flux de patients, le recueil et le partage de données et d'expériences sur la Covid-19, l'optimisation de la politique des visites, le soutien à la formation et la promotion du bien-être du personnel. À l'inverse, parmi les tâches réalisées par moins de 25% des experts, on en retrouve 4 impliquant les patients, dont l'établissement de partenariats avec les patients (7,4%), le soutien à l'apprentissage collaboratif et le recueil de retours d'expérience (16%), la réalisation d'audits de conformité (18,5%) et le suivi d'indicateurs (24,7%), ou encore la prévention de certaines lésions provoquées par la pandémie (21%).

Discussion

Les analyses menées permettent de dresser un premier bilan de la situation en termes de tâches réalisées durant la crise. Ces résultats devront servir aux acteurs du système de santé pour tirer des enseignements et envisager des changements organisationnels. Néanmoins, ils ne permettent pas d'aller au-delà du constat de l'utilisation, ou non, des compétences Q&S durant la crise, hormis le fait que la taille de l'institution semble jouer un rôle dans l'implication des experts Q&S dans le groupe de gestion de crise. C'est en effet dans les petites structures que cette implication était la plus probable. Différentes réflexions et discussions nous ont amenés à avancer l'hypothèse que le finan-

cement hospitalier belge empêche les petites structures de bénéficier d'économies d'échelle. Aussi, lors de l'apparition de la crise, tout le monde a dû « monter sur le pont ». À l'opposé, les grandes structures disposent de nombreuses ressources (humaines), y compris des profils spécifiques pour des situations de crise, mais aussi des services complets tels que les *Project management offices* (bureaux de gestion de projet). Dès lors, le recours aux expertises Q&S ne s'est fait que pour des points précis donc de manière ponctuelle. Le cas des structures de taille moyenne est plus complexe à expliquer avec cette logique. Il est probable que d'autres éléments entrent en jeu. Le deuxième élément qui vient rapidement à l'esprit est le niveau de culture Q&S au sein de l'établissement. On peut raisonnablement supposer qu'une institution plus mature dans ce domaine a une plus grande conscience de la plus-value des compétences Q&S, et fait dès lors plus facilement et plus rapidement appel à celles-ci. Il serait intéressant d'analyser cette hypothèse plus avant, et notamment d'étudier son caractère linéaire ou non. À un faible niveau de maturité, l'intérêt est invisible pour l'institution et ceux qui la dirigent, donc ces experts ne sont pas impliqués. À un certain niveau de maturité, l'institution aurait conscience de cette ressource et appellerait ses experts. Mais on peut se demander si, au-delà d'un seuil supérieur, la culture ne serait pas telle que, les compétences se retrouvant partout dans l'institution, celle-ci n'aurait finalement besoin que ponctuellement de faire appel aux experts Q&S, pour un aspect technique ou spécifique. Dans cette logique, la culture de sécurité serait un signal de connaissances et de compétences en matière de Q&S de l'ensemble de l'institution, y compris des experts, ce qui rendrait dès lors plus évidente la nécessité de recourir à ces compétences par la direction. Ce qui nous amène à un troisième élément, intimement lié au précédent, à savoir la perception des experts Q&S par les dirigeants. Au cours des discussions, l'hypothèse selon laquelle les experts Q&S n'ont pas été appelés en raison d'un manque de reconnaissance de leurs compétences a circulé. L'histoire de la Q&S en Belgique, et ses premiers pas à travers des contrats incitatifs passés entre les institutions et les autorités fédérales, pourrait rendre cette hypothèse plausible, au moins dans une certaine mesure, étant donné les circonstances dans lesquelles les premiers coordinateurs de la qualité ont été nommés, et le peu de considération dont ils font l'objet dans certains établissements. Une hypothèse un peu différente mais liée aux points précédents concerne les compétences objectives des experts Q&S. Certaines tâches demandent des compétences spécifiques que certains n'ont peut-être pas ou pas de manière suffisamment développée pour les utiliser efficacement. Par exemple, tous les experts ont-ils les compétences pour gérer le partenariat

avec les patients pendant une crise ? Ce qui pourrait expliquer les résultats de la dimension « engagement auprès des patients ». Cet aspect est directement lié à la notion de culture ainsi qu'à la vision de la gouvernance de l'établissement puisque ces éléments peuvent pousser les organisations à investir plus ou moins dans le développement des différentes compétences Q&S. Il semble indiscutable que la vision du management a un impact. Sur les décisions prises pendant la crise, d'abord. Sur le développement de la culture, ensuite. Mais aussi sur les choix stratégiques d'investissement. Dans cette optique, l'effet « taille » présenté en début de discussion devrait perdre en importance.

Conclusion

En Belgique, personne n'était préparé à la crise. Les décisions ont dû être prises dans le feu de l'action, avec peu de temps pour analyser la situation de

manière posée et évaluer les options possibles. Tous les éléments ci-dessus nous ramènent à la question du management. Et c'est probablement cette question qui doit, le plus rapidement possible, être étudiée : quels sont les facteurs – structurels, culturels ou autres – qui vont pousser les gestionnaires à mobiliser les compétences en qualité et sécurité au cours d'une crise telle que celle que nous avons vécue ? Mieux cerner les leviers possibles doit permettre de travailler à leur mise en place en vue d'une prochaine crise, ou simplement afin d'être mieux armé pour piloter des systèmes de santé qui se complexifient dans un environnement changeant et incertain. ■

Référence

1- Staines A, Amalberti R, Berwick DM, et al. Covid-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge. *Int J Qual Health Care* 2020;mzaa050. Doi: 10.1093/intqhc/mzaa050.

Citation

Schoonvaere Q, Herbaux D, Van Innis AL, Louiset M. Rôle des experts en qualité et sécurité durant l'épidémie de Covid-19 : état des lieux et analyse en Belgique. *Risques & Qualité* 2021;(18)1;41-46.

Historique

Reçu 3 février 2021 – Accepté 17 février 2021 – Publié 22 mars 2021

Financement : aucun déclaré.

Conflit potentiel d'intérêts : aucun déclaré.



www.risqual.net