


# Exercice exploratoire d'accréditation de la gestion du risque médical



Xavier de Béthune

Raf Mertens

Christophe Segouin

*ALASS : Atelier Accréditation*

*12-13 janvier 2007, Paris*

# Introduction

- 2002 à 2004 : exercice exploratoire d'accréditation dans neuf hôpitaux.
- Thème : gestion du risque médical
- Test de quelques innovations méthodologiques :
  - structuration systématique du contenu des standards d'accréditation
  - échanges d'expérience inter hospitaliers pendant la phase de préparation aux visites
  - grille de scorage des résultats qui permet la comparaison anonyme des hôpitaux

# Modèle d'accréditation

- Eviter la montagne de papier
  - Recours aux documents existants
  - Focalisation sur la sécurité des patients
- Promotion d'initiatives de qualité
  - Information
  - Réunions inter hospitalières d'échanges d'expériences
- Objectifs d'accréditation sur mesure
  - Négociation des objectifs hôpital par hôpital
- Evaluation systématique et objective de la qualité
  - Sept éléments objectivables analysés systématiquement pour tous les (sous-)standards

# Un exercice exploratoire



- Identifier les conditions
  - d'acceptabilité
  - de faisabilité
- d'un modèle d'accréditation en Belgique...
- et de la collaboration entre hôpitaux et OA
  
- Nombre limité d'hôpitaux
- Nombre de standards limité à 5

# Une collaboration



- 11 hôpitaux volontaires (dont 9 ont reçu une visite d'accréditation)
- 1 Organisme Assureur
- 1 Expert français
- 1 Evaluatrice externe
  
- Comité de Pilotage
- Groupe de travail scientifique
  - Hôpitaux, Ecole de Santé Publique UCL, OA
  - Multidisciplinaire

# Etapes

- Préparation (12 mois)
  - Développement du modèle d'accréditation
  - Elaboration du manuel d'accréditation (standards)
- Réalisation (18-24 mois)
  - Visites d'information et de pré-analyse
  - Echanges inter hospitaliers
  - Projets intra hospitaliers basés sur les standards
- Visites d'accréditation (nov. 2004)
  - Peer review par équipe multidisciplinaire (1 à 1½j par hôpital)
  - Rapport qualitatif et quantitatif

# Calendrier réel

Hôpital	Présentation du projet	Pré-analyse	Autres contacts	Visite d'accréditation	Retrait
A	02/2003	05/2003		11/2004	
B	03/2003	03/2003		11/2004	
C	02/2004	04/2004		11/2004	
D	02/2003	05/2003	07/2004	11/2004	
E	05/2003	05/2003		11/2004	
F	02/2003	04/2003		11/2004	
G	02/2003	03/2003		11/2004	
H	01/2003	02/2004	02/2003	11/2004	
I	04/2003	10/2003		11/2004	
J	03/2003	09/2003		X	11/2004
K	02/2003	X		X	09/2003

# Visiteurs

- 9 professionnels hospitaliers
- 1 expert français
- 2 médecins ANMC (coordination)
- 4 équipes de 4-5 personnes
- 1-3 hôpitaux par équipe (1 semaine)
- Formation de 2 jours
  - méthodologie d'accréditation
  - standards
  - techniques de communication

# Standards



## ■ **Gestion du risque médical**

- Plan d'action
- Notification des incidents et accidents
- Consentement éclairé
- Gestion des plaintes
- Appui au personnel impliqué dans un incident/accident

## ■ **Prévention des chutes**

- Sécurité des locaux
- Détection et prise en charge des patients à risque
- Mesures de contention

## ■ **Erreurs de site chirurgical et de patient**

## ■ **Prise en charge des escarres**

## ■ **Gestion du risque transfusionnel**

- Sécurité de la chaîne transfusionnelle
- Indications transfusionnelles

# Eléments objectivables

- Responsabilités
- Procédures
- Information
- Formation
- Equipement
- Evaluation et suivi
- Indicateurs et benchmarking

Les visiteurs vérifient dans quelle mesure les outils disponibles permettent à l'hôpital de garantir la qualité des soins et la sécurité des patients.

Base de comparaison : Modèle EFQM

# Extrait du manuel

A.	Définition claire des <b>responsabilités</b> et rôles; mise en place d'une organisation adéquate; message institutionnel; présence de ressources humaines compétentes; participation du personnel / du public
B.	Production et tenue à jour de <b>procédures</b> , instructions, règles, conformes à l'état des connaissances le plus récent. Disponibilité et utilisation des procédures.
C.	Distribution et disponibilité de <b>l'information</b> , y compris sur la procédure, à qui de droit, en ce compris l'information au patient, sa famille ou le public si indiqué. Les modes et canaux de communication sont clairement définis.
D.	<b>Formation</b> , recyclages périodiques et sensibilisation ou motivation du personnel concerné.
E.	Disponibilité et adéquation des <b>équipements</b> , locaux, matériels, agencements structurels, outils, brochures, supports informatiques et administratifs... nécessaires, et tels que spécifiés dans les procédures.
F.	Système de <b>suivi</b> , d' <b>accompagnement</b> et d' <b>évaluation</b> du niveau d'efficacité, de coût, de « <i>compliance</i> » et de réalisation des objectifs; utilisation des résultats de l'évaluation pour améliorer ou corriger le système et informer les acteurs. Ceci comprend aussi la vision du patient, notamment pour les aspects d'accessibilité et d'équité.
G.	[le cas échéant : <b>Indicateurs</b> qualitatifs; participation à des programmes de surveillance, de contrôle de qualité ou de <i>benchmarking</i> ]

## ERREUR DE SITE CHIRURGICAL :

- L'hôpital prend toutes les précautions nécessaires pour éviter les erreurs de patient, de site chirurgical ou de type d'opération

### ELEMENTS OBJECTIFS

- **Responsabilités**

La responsabilité finale incombe aux chefs de services des unités chirurgicales et au médecin chef.

- **Procédures**

La Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, USA) recommande les éléments suivants:

- Marquage du site à l'encre indélébile, en impliquant le patient dans ce geste
- Vérification orale en salle d'opération par chaque membre de l'équipe chirurgicale
- Check-list pour parcourir tous les documents pertinents dans le dossier
- Implication directe du chirurgien dans le consentement éclairé
- Monitoring continu de la compliance (voir F)

- **Information**

- **Formation**

Importance d'une procédure standardisée dans toutes les disciplines chirurgicales

- **Equipements**

- **Evaluation**

Monitoring continu de la compliance

Revue des cas éventuels

- **Indicateurs**

Fréquence d'erreurs de patient, de site chirurgical ou de type d'opération.

- **Références**

Lessons learned: sentinel event trends in wrong-site surgery. *Jt Comm Perspect* 2000;20:14.

# Résultats



## ■ Acquis :

- Systématique de construction des standards
- Formation des visiteurs à l'approche plus qu'au contenu détaillé de chaque standard
- Guide d'entretien

## ■ Améliorations possibles :

- Comparer au modèle EFQM
- Voir applicabilité plus large à d'autres aspects de la qualité des soins et de la sécurité

# Réunions inter hospitalières



- Visites de pré-analyse
  - Identification des points faibles et forts
- Présentation des expériences les plus “fortes” aux autres hôpitaux
- Revue de littérature
- Comparaison d’expériences
- Echanges de procédures

# Réunions inter hospitalières

Hôpital	Notifications. Incidents 23/06/2003	Escarres 22/09/2003	Accréd Ségouin 08/10/2003	Erreurs site 16/10/2003	Moyens de contention 13/11/2003	Médiation 04/12/2003	Consentement éclairé 17/02/2004	Indicateurs 25/03/2004*	Préparation visites 11/05 & 01/06/2004
A	1	5	4	3	3		1	x	5
B	2	2	3	3	1	2	4	x	5
C	2	2	1	1	2		2		6
D	2	6	1	4	3	3	2		5
E	1	3	4	2		1	2	x	1
F	2	3	2	2		1	2	x	2
G	1	2	2	2			1		4
H	1		1	1		2	2	x	6
I	2	3	4	2	2	2	1	x	3
J	2	1	1	2	1	3	2		2
K	1	1	1	1	1	1			
Total des participants	17	28	24	23	13	15	19		39
Nombre d'hôpitaux représentés	11	10	11	11	7	8	10	6	10
Partic/hpt présent	1,5	2,8	2,2	2,1	1,9	1,9	1,9		3,9

# Résultats

- Acquis :
  - Promotion d'alternatives réalistes
  - Valorisation d'expériences en cours
  - Revues de littérature
  - Echanges effectifs d'expériences
- Limites :
  - Nombre de sujets limités
- Améliorations possibles :
  - Rencontres moins formalisées
  - Réseau Internet

# Rapport



- Rapport qualitatif par sous-standard
  - rédigé sur place
  - présenté immédiatement aux responsables hospitaliers
  - Constats et recommandations
- Grille de scores développée dans un deuxième temps
  - transmise aux directions hospitalières

# Rapport qualitatif

## 1.2 Notification des incidents

---

- **Constats et points forts**

Procédure de notification d'événements sentinelles

Circuit d'information aboutissant aux niveaux direction et soins infirmiers (direction et chefs de service)

Projet de tableau de bord

- **Opportunités d'amélioration**

Pas d'exhaustivité du recueil

Finalité du recueil n'est pas comprise par tous les acteurs de terrain

Pas de retour d'information aux médecins et aux personnels de terrain

- **Recommandations**

Faire partager à l'ensemble des acteurs concernés les objectifs de la notification des incidents

# Grille de scores

## Exercice exploratoire sur l'accréditation de la gestion du risque

Légende: **A** = le critère est rempli; **B** = partiellement rempli (sauf si renseigné différemment dans l'énoncé du critère); **C** = non rempli; **NP** = non pertinent; **?** = information insuffisante auprès des visiteurs

eurs

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
<b>PLAN D'ACTION</b>									
la direction soutient (B) est engagée (A) dans la gestion du risque/l'exercice exploratoire	B	A	A	A	A	A	A	A	B
existence d'un projet stratégique, projet d'établissement intégrant qualité/gestion des risques (document =1), décliné en objectifs (A)	C	A	B	C	B	B	B	B	C
nomination d'un responsable pour la démarche qualité	C	A	A	C	A	A	A	B	B
Déploiement du plan d'action dans quelques unités ou sites (B), tout l'établissement (A)	NP	A	B	NP	B	B	B	B	NP
Le plan d'action est en phase de montée en charge (B), est mis en œuvre en routine (A)	NP	A	B	NP	B	B	B	B	NP
antériorité d'une démarche qualité	C	A	A	B	A	B	A	B	B
existence d'un pilotage central centré sur la préparation de l'exercice (B), sur la prévention des risques patient (A)	C	A	A	B	A	B	A	B	C
le pilotage est pluridisciplinaire	C	A	A	B	A	A	A	B	C
nomination d'un responsable pour la gestion du risque (A), l'exercice exploratoire (B)	B	B	B	B	A	B	B	B	B
<b>NOTIFICATION</b>									
1.2.10 exploitation des résultats après analyse et synthèse	C	B	C	B	A	?	NP	C	C
1.2.11									
1.2.12									
1.2.13 les personnels de terrain sont informés des événements notifiés	C	B	B	C	B	C	NP	B	C
1.2.14 il existe des modalités permettant de s'assurer que la notification est exhaustive	C	C	C	C	C	C	C	C	C
<b>1.3 CONSENTEMENT ECLAIRE</b>									
	C	B	A	C	A	A	A	C	A

Modèle comparatif: Système de scorage luxembourgeois

# Résultats



- Acquis :
  - Modèle visuel testé
  - Questions générées par grille de score
- Limites :
  - Rédaction non validée par groupe technique
- Améliorations possibles :
  - Rédaction a priori
  - Grille basée sur éléments objectivables des standards

# Conclusions



- Test de trois innovations
- Résultats favorables
  - Faisabilité
  - Acceptabilité
- A valider
- A tester
  - Généralisation dans contexte d'accréditation plus exhaustive ?
  - Allègement
  - Informatisation / Internet

[www.solimut.be](http://www.solimut.be)

site web des Initiatives de Qualité, vous trouverez un aperçu des différents projets.' The browser's taskbar at the bottom shows the Start button, several open applications (Calendar, Accréd, Document1, Microsoft Power...), and the system tray with the time 13:36." data-bbox="56 125 925 940"/&gt;



**Hospi Solidaire**

Cliquez sur ce logo pour accéder aux pages "Hospi Solidaire" dans le site mc.be



*Initiatives de Qualité*

Depuis l'année 2000 les hôpitaux partenaires de l'Assurance Hospitalisation Solidaire et Solimut collaborent à des projets de qualité des soins et d'innovations médicales. Sur le [site web des Initiatives de Qualité](#), vous trouverez un aperçu des différents projets.