

NOMBRE DE REFERENCES : 12

NOMBRES DE PAGES : 5

LIGNES DIRECTRICES

La sécurité du patient est devenue une priorité des politiques des systèmes de santé. Une nouvelle perception accrue des risques s'est développée suite à des événements indésirables liés aux soins, de la médiatisation d'accidents médicaux et des crises générées, de l'exigence de transparence vis à vis des usagers, des tarifs exorbitants des assurances relatives aux responsabilités hospitalières et médicales et la judiciarisation des risques médicaux.

Les précédentes itérations d'accréditation évoquaient la gestion des risques selon des approches morcelées par vigilances, comités et pour certains services. La nouvelle itération évoque une stratégie plus globale et plus systémique de la sécurité du patient.

La promotion de la sécurité des soins exige d'abord une direction et un leadership engagés, une collaboration et coopération de tous les professionnels des soins bien formés à la gestion des risques mais également à un changement de la pratique hospitalière et médicale.

La transparence, la déclaration des événements indésirables et des accidents, l'évaluation et l'analyse des risques notamment médicaux, la formation, la diffusion des actions correctives, la communication et la simulation des professionnels représentent les principaux axes de la sécurité des soins et la gestion des risques.

Le nouveau chapitre du manuel libanais d'accréditation introduit des exigences relatives au leadership dans la mise en œuvre de la gestion des risques. Il incite au changement des systèmes d'organisation en place et au changement d'attitude et de la culture de la sécurité. La priorité est donnée à la sécurité du patient, le rôle du leadership, la sensibilisation via la formation et la communication, l'alignement des objectifs en faveur de la sécurité, la place du patient, le travail en équipe, un climat ouvert qui permet à titre d'exemple la remontée et l'analyse rigoureuse des événements indésirables sans crainte de sanction ou de blâme. Le dispositif touche, à titre indicatif, les risques externes, internes, environnementaux, écologiques, épidémiques, financiers, professionnels et structurels.

Un comité multidisciplinaire spécialisé et un coordonnateur formé en gestion des risques et de la sécurité du patient doivent veiller à la mise en place des objectifs stratégiques à l'établissement et le suivi des actions par services, comités, des domaines à haut risque (infections, médicaments, secteurs interventionnels, urgences, radiothérapie) et des pratiques cliniques à risque (prévention de la maladie thromboembolique, prévention des escarres,).

Il met en place un dispositif préventif, correctif et de crise. Il développe un système de déclaration (nominatif ou anonyme) des professionnels et usagers, une analyse multidisciplinaire des événements, leurs sources, les causes, les priorités correctives. Il développe dans les équipes des méthodes d'analyse scientifiquement recommandées comme, à titre indicatif, l'AMDEC (Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et leur criticité) ou l'analyse des causes.

Le comité développe par ailleurs un dispositif pour

- éliminer toute erreur chirurgicale (site, personne, procédure)
- diminuer le risque d'infection nosocomiale
- diminuer le risque de dommage dû aux chutes
- améliorer le circuit des médicaments tout au long du parcours de soins
- réduire le risque lié à une pandémie grippale et de maladie à pneumocoque
- améliorer la sécurité du patient en l'encourageant à participer à ses soins
- prévenir les escarres liées aux soins

Les actions de sécurité du patient sont fondées sur les preuves et guidées par une meilleure connaissance de l'impact des pratiques sur les résultats qu'il s'agissent de pratiques cliniques (infarctus aigu du myocarde par exemple), de pratiques organisationnelles (la réduction des bactériémies sur cathéters vasculaires centraux en unités de réanimation) ou de pratiques agissant sur la culture des professionnels (déclarations des événements).

La nouvelle procédure d'accréditation inclut également l'amélioration de l'identification du patient et en chirurgie soit le bon coté, le bon patient et la bonne procédure.

Pour construire une continuité dans la démarche, le comité doit investir en collecte régulière des indicateurs. Les indicateurs peuvent être classés en mesures applicables à l'ensemble de l'organisation et en mesures thématiques. A titre indicatif, on peut citer des indicateurs portant sur la culture de sécurité notamment le taux des déclarations, lutte contre les infections notamment du site opératoire. On peut également citer les hémorragies et hématomes en post-opératoire, l'hygiène des mains mesurée par la consommation de produits alcoolisés, les pneumonies sur ventilateurs, les complications chirurgicales, les erreurs médicamenteuses ainsi que des mesures en obstétrique et en chutes.

L'établissement doit se munir d'un plan de gestion et communication en situation des crises.

Le comité planifie un audit annuel du dispositif de gestion des risques et de sécurité du patient. Il prépare un rapport annuel des activités de l'établissement où il mentionne les objectifs annuels, chiffrés, mesurables et approuvés par la direction, évalue leurs progrès notamment stratégiques et les actions menées, résume les événements et accidents reportés par les professionnels (par service, métier, comité,...). Il les analyse, présente les plans préventifs, correctifs, de crises, de coordination, de communication et de diffusion des feedbacks. Il présente ses indicateurs. Il expose les résultats de ses audits et ses mesures. Il fixe des nouveaux axes d'amélioration pour l'année suivante.

Les informations susmentionnées ne sont pas exhaustives. Par conséquent, il revient aussi aux hôpitaux individuels, à chaque comité et à chaque service de rechercher et se procurer les informations leur permettant d'être conformes aux normes ci-après.

PS1	L'établissement recense et gère :
1.1	<ul style="list-style-type: none"> • Les risques externes liés à l'environnement de l'établissement (afflux massif de victimes, catastrophes naturelles, pandémies,...)
1.2	<ul style="list-style-type: none"> • Les risques internes liés à la sécurité des patients (en structures, en itinéraires des soins, cliniques et en communication interne)

PS2	L'établissement coordonne ses actions préventives, curatives et de crises avec les dispositifs disponibles :
2.1	<ul style="list-style-type: none"> • Les plans externes de lutte contre les catastrophes naturelles, épidémiques, écologiques,
2.2	<ul style="list-style-type: none"> • Les plans d'actions développés par les comités et les vigilances internes

PS3	Un comité multidisciplinaire de la sécurité du patient et la gestion des risques (quelle que soit sa dénomination) est opérationnel comme le prouvent les comptes-rendus :
3.1	<ul style="list-style-type: none"> • Les réunions doivent se tenir à un rythme régulier clairement défini
3.2	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a une liste des membres du comité
3.3	<ul style="list-style-type: none"> • Le règlement intérieur du comité est disponible
3.4	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats des discussions qui ont lieu durant les réunions sont documentés
3.5	<ul style="list-style-type: none"> • Des preuves qui établissent que les membres du comité sont formés aux principes de la sécurité du patient et la gestion des risques sont disponibles
3.6	<ul style="list-style-type: none"> • Des preuves établissant que les membres du comité connaissent le fonctionnement du plan d'action de la sécurité du patient et la gestion des risques sont disponibles

PS4	Un membre du personnel formé pour cette mission est désigné pour être le coordinateur (quelle que soit sa dénomination) de la gestion des risques et la sécurité du patient avec un nombre d'heures. Ces responsabilités sont mentionnées dans sa fiche de poste ou de mission.
------------	--

PS5	Un dispositif de signalement des événements indésirables est mis en place et opérationnel
5.1	<ul style="list-style-type: none"> • Les formulaires normalisés de déclaration d'analyse et de feedback sont disponibles partout à l'hôpital (papier ou électronique)
5.2	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les formulaires remplis sont remis au coordonnateur du comité de la gestion des risques et de sécurité du patient
5.3	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve est faite de l'analyse, de l'évaluation de l'évènement et du feedback
5.4	<ul style="list-style-type: none"> • La formation au système de déclaration des événements est comprise dans le programme d'orientation de tous les nouveaux recrues

PS6	Il existe des preuves de données relatives aux déclarations d'évènements indésirables comprenant :
6.1	• L'origine de la déclaration
6.2	• Le type d'accidents / incidents / évènements
6.3	• Les causes et les sources de l'accident / incident / évènement
6.4	• La date et l'heure de l'accident / incident / évènement
6.5	• Le nom du service où l'accident / incident / évènement a eu lieu
6.6	• L'analyse de tous les points sus-mentionnés
6.7	• L'action corrective immédiate menée
6.8	• Les preuves d'une action entreprise afin de prévenir toute récurrence
6.9	• Le responsable des actions correctives

PS7	Un manuel de règles et procédures est établi. Il explique le fonctionnement du système de la sécurité du patient et la gestion des risques
7.1	• Les règles sont clairement définies dans le cadre de procédures et protocoles
7.2	• Les règles et les procédures sont présentées au niveau de tout l'établissement de manière uniforme
7.3	• L'index du manuel de règles et de procédures est précis

PS8	Des règles et des procédures sont mises en place au moins en ce qui concerne :
8.1	• La gestion préventive des risques externes à l'hôpital
8.2	• La gestion préventive des risques internes à l'hôpital
8.3	• Le processus documenté expliquant les déclarations des incidents / évènements indésirables à l'hôpital, son analyse, son évaluation et les actions correctives et de communication
8.4	• Les outils d'évaluation, de priorisation et d'analyse des risques, notamment avec l'AMDEC (Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité) et l'analyse des causes
8.5	• La gestion des crises et la communication des crises liées à un accident grave
8.6	• La gestion des données et des indicateurs relatifs à la gestion des risques et la sécurité du patient
8.7	• La communication des risques et les actions correctives inter comités et services de l'établissement
8.8	• L'identification du patient par au moins deux moyens
8.9	• L'identification du bon coté, du bon patient et de la bonne procédure en chirurgie
8.10	• La relecture des ordres verbaux et des résultats des tests ou diagnostics critiques
8.11	• La revue annuelle de la liste des médicaments « look-alike, sound-alike »
8.12	• Le contrôle des solutions d'électrolytes concentrés

PS9	
9.1	• Il existe des preuves que tous les nouveaux membres du personnel ont pris connaissance du système de gestion des risques et sécurité du patient notamment le dispositif de déclaration des incidents et évènements adverses pendant le processus d'orientation portant sur les questions générales et celles propres au service ou comité
9.2	• Des preuves que tous les membres du personnel ont reçu une formation en matière de sécurité du patient et gestion des risques

PS10	
10.1	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve est fournie d'un audit annuel au niveau de tout l'hôpital pour la gestion des risques et la sécurité du patient
10.2	<ul style="list-style-type: none"> • Le rapport d'audit est présenté à l'administration et au comité de la sécurité du patient et la gestion des risques
10.3	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve est fournie d'une action planifiée visant à résoudre les problèmes identifiés
10.4	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve est fournie que le comité a communiqué et distribué les rapports aux services concernés

PS11	Un plan annuel de la gestion des risques et la sécurité du patient est mis en place au niveau de tout hôpital Il contient des sections pour :
11.1	<ul style="list-style-type: none"> • La gestion
11.2	<ul style="list-style-type: none"> • Les finances
11.3	<ul style="list-style-type: none"> • Les services médicaux
11.4	<ul style="list-style-type: none"> • Les services infirmiers.
11.5	<ul style="list-style-type: none"> • Les services généraux
11.6	<ul style="list-style-type: none"> • Il doit contenir des indicateurs de performance mesurables et qui sont précis, réalisables, mesurables, réalistes, dans un cadre temporel précis
11.7	<ul style="list-style-type: none"> • Des preuves que ce plan est continuellement contrôlé doivent être disponibles

PS12	
12.1	<ul style="list-style-type: none"> • Chaque département et chaque comité évaluent annuellement les besoins de la formation continue du personnel et présente un rapport soit au service de la formation (s'il y a lieu) soit au coordinateur de la gestion des risques et la sécurité du patient
12.2	<ul style="list-style-type: none"> • Le comité d'amélioration de la gestion des risques et la sécurité de patient possède une copie du programme de formation de chaque service et chaque comité