



Université Lyon 3  
France



La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

# La planification de la sécurité des patients

## *Session 2*

**Auteurs :**

**Anthony Staines, PhD et Dr Xavier de Béthune**

**Présentateur :**

**Anthony Staines, PhD**

Professeur associé, IFROSS, Université Lyon III, France

Vice-président de la Fondation sanaCERT Suisse

***CALASS 2008 - session 2***  
***Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé***  
***Bruxelles, 11 septembre 2008 – 11.15***

# Session 2 : Planification de la sécurité des patients

1	Planification de la sécurité des patients.	Anthony Staines, Suisse	20'
2	Mission, vision: du top-down au bottom-up.	Corinne Courtois, Belgique	15'
3	Structures organisationnelle et fonctionnelle de la Qualité et de la Sécurité Patient au Centre Hospitalier Chrétien.	Anne Maréchal, Belgique	15'
4	Le « déroulement » d'un projet Qualité et Sécurité en milieu hospitalier selon la méthode du diagramme de Gantt.	Pierre Van den Berge, Belgique	15'
5	De l'enregistrement de données à l'utilisation opérationnelle d'indicateurs ou élaboration d'un tableau de bord interne Qualité / sécurité.	Christophe Happe, Belgique	15'
6	Discussion		10' 2

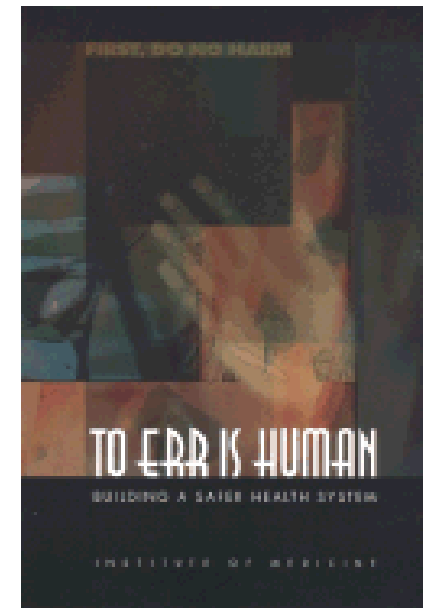
# Evénements indésirables iatrogènes

- Lucian L. Leape, 1991 :« The nature of adverse events in hospitalized patients » dans le New England Journal of medicine.
- “Harvard Medical Practice Study” – incidence des événements indésirables iatrogènes dans le processus des soins.
- Événements iatrogènes indésirables se produisent dans 3,7% des hospitalisations
- 13,6% d’entre eux conduisent au décès.
- Aucune attention médiatique.



# Événements indésirables iatrogènes

- Lucian L. Leape, 1999, au sein d'un groupe d'experts de l'académie nationale des sciences, l'Institute of Medicine : rapport « To err is human »
- Estimation de 44'000 à 98'000 décès faisant suite à des causes iatrogènes chaque année
- Le New York Times traduit ces chiffres en trois crashes aériens (Jumbo) tous les deux jours.
- Au sein de la communauté scientifique, les estimations de l'Institute of Medicine suscitent une controverse, divers chercheurs jugeant ces chiffres exagérés.



# Événements indésirables iatrogènes

- Une étude réalisée par Healthgrades en 2004 estime à 198'000 les décès évitables annuellement dans les hôpitaux aux Etats-Unis.
- 5-7 ans après la parution du rapport controversé, l'attitude de la communauté scientifique à l'égard de l'estimation des événements indésirables et des décès faisant suite à des causes iatrogènes a totalement changé.
- Plus personne n'évoque une surestimation et de nombreuses voix suggèrent au contraire une sous-estimation.

# Evénement indésirable - définition

- *Dans la terminologie médicale, un « **événement indésirable** » est une blessure ou une complication non intentionnelle, non pas attribuable à l'état sous-jacent du patient, mais consécutive à des soins de santé qui lui ont été dispensés. Il peut provoquer une hospitalisation prolongée du patient, une incapacité, voire son décès.*

Ordre National des Médecins – Paris - France

# Taux d'événements indésirables lors des revues de dossiers – études nationales

## Epidemiology of harm: record review

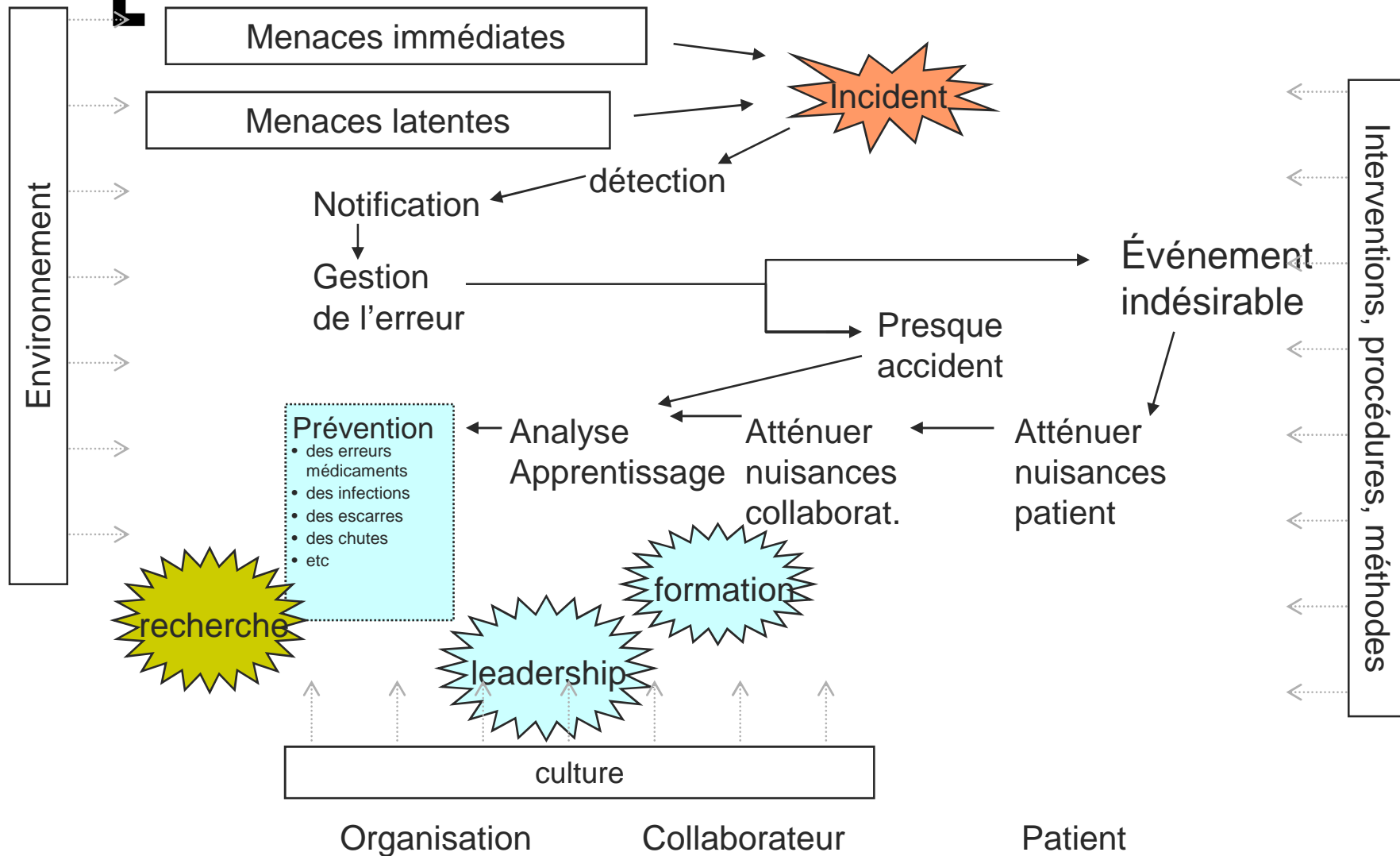
Study	Date of admission	Number of hospital admissions	Adverse event rate (% admissions)
California Insurance Study	1974	20864	4.65 *
Harvard Medical Practice Study	1984	30195	3.7
Utah-Colorado	1992	14052	2.9
Australian	1992	14179	16.6
United Kingdom	1999	1014	10.8
Denmark	1998	1097	9.0
New Zealand	1998	6579	11.2
France **	2002	778	14.5
Canada	2000	3745	7.5

Belgique : étude sur base de l'analyse du résumé clinique minimal pour l'an 2000 :  
7,1% en médecine  
6.3% en chirurgie

Van den Heede K, Sermeus W, Diya L, et al. Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset. *Int J Qual Health Care* 2006;18:211-9.

**Charles Vincent, Berne, 2007**

# Sécurité des soins – sécurité des patients





# La sécurité des patients en Belgique

- Dès le milieu des années 80 : dispositions légales et réglementaires annonçant une attention à la sécurité des patients
  - 1987 : obligation comité d'hygiène hospitalière
  - 1991 : comité médico-pharmaceutique
  - 2002 : comité de transfusion sanguine
- Depuis les années 2000 et la parution du rapport « To err is human », l'approche devient plus intégrée : concept global de gestion des risques.
- 2001-2004 : trois études Clinical Risk Management
- 2006 : commission nationale d'accompagnement pour la performance hospitalière

# La sécurité des patients en Belgique

- 2007 : Service Public Fédéral (Ministère) met enveloppe de 6.8 millions à disposition des hôpitaux pour accompagner hôpitaux. En échange d'un financement, les hôpitaux s'engagent à :
  1. *La définition de : mission, vision, stratégie, objectifs relatifs à la qualité et à la sécurité des soins ;*
  2. *L'établissement d'un organigramme des structures qualité,*
  3. *L'élaboration d'un système d'enregistrement des incidents*
  4. *L'auto-évaluation de la culture de sécurité des patients;*
  5. *L'utilisation en interne d'indicateurs définis*
  6. *La réalisation de trois nouveaux projets qualité*

# [ Initiative de qualité ]

---

- Septembre 2007 : l'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes propose à ses hôpitaux partenaires une Initiative de Qualité
- But : faciliter la mise en œuvre des deux premières conditions du contrat du Ministère.
- 11 hôpitaux s'inscrivent.

# Hôpitaux participants

INSTITUTION	COMMUNE
CLINIQUE DU SUD-LUXEMBOURG	ARLON
C.H. NOTRE-DAME - REINE FABIOLA	CHARLEROI
HOPITAL ST.-JOSEPH, STE.-THERESE ET IMTR.	GILLY
CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT - LOBBES	HAINE-SAINT-PAUL
CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN	LIEGE
CLINIQUES UNIVERSITAIRES (U.C.L.)	MONT-GODINNE
C.H. DE TUBIZE - NIVELLES	NIVELLES
CENTRE NEUROLOGIQUE W. LENNOX	OTTIGNIES
CLINIQUE SAINT PIERRE (seulement Plan Q-S)	OTTIGNIES
ASSOC. INTERHOSP. DE TOURNAISIS - A.I.T.	TOURNAI
C.H. PELTZER - LA TOURELLE	VERVIERS

# Méthodologie

- Calendrier commun pour planifier les étapes pour définir la vision, mission, stratégie, l'organigramme, le plan qualité des soins et sécurité des patients.
- Revues de littérature
- Exercices et mises en situation
- Partages d'expérience entre hôpitaux
  - En séance : à partir de l'exposé 'théorique' et exercice de la session précédente
  - Mise en commun des présentations (format pdf)
- Visite de terrain
- Expertise (internationale)

# Activités de l'Initiative de qualité Plan Qualité-Sécurité

Mercredi	14/11/2007	Présentation des hôpitaux
		Elaboration du calendrier du projet
Lundi	17/12/2007	Présentation des calendriers hospitaliers
		Revue de littérature : Plan générique
		Mission - Vision - Stratégie
Vendredi	14/01/2008	Présentations des Missions, Visions, Stratégies des hôpitaux
		Objectifs et Interventions
		Elaboration du Gantt du plan Q-S
Semaine	18-22/02/2008	Visites dans les hôpitaux
Jeudi	13/03/2008	Evaluation et indicateurs
		Organigramme du plan Q-S
Lundi	14/04/2008	Présentation des organigrammes des hôpitaux
		Présentation de l'évaluation et des indicateurs des hôpitaux
		Diffusion du plan et changement
Mercredi	14/05/2007	Présentation des interventions et des Gantt des hôpitaux
		Interventions prioritaires dans le domaine de la sécurité du patient
		Propositions du SPF pour 2008-2009

# Activités réalisées

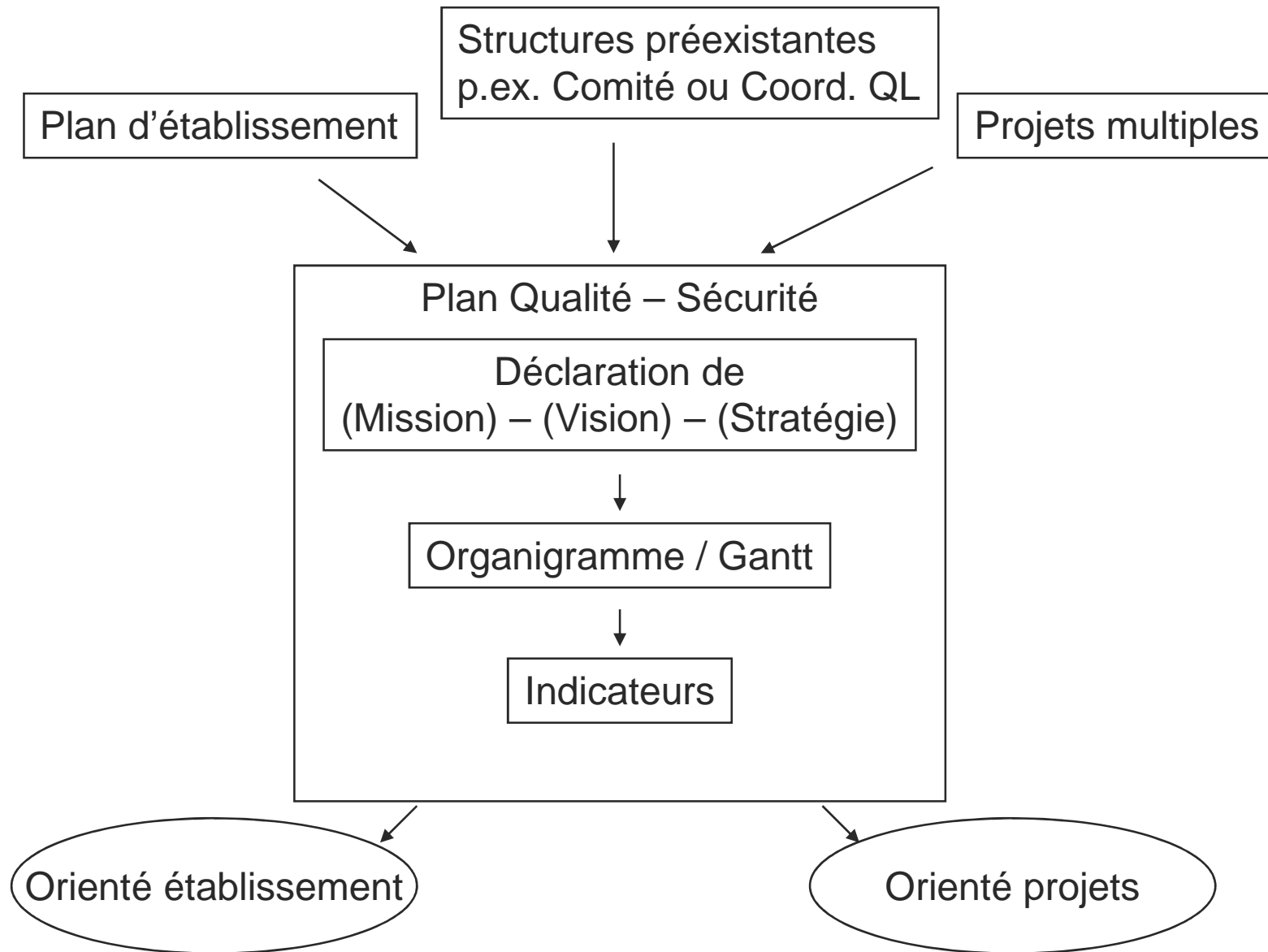
## Plan Qualité-Sécurité

- 9 hôpitaux/11 ont participé à l'ensemble du projet
- 10 hôpitaux ont été visités
- Presque tous les hôpitaux ont réalisé un plan
  - Mission-Vision-Stratégie
  - Objectifs
  - Organigramme
  - Gantt
  - Indicateurs

# Résultats dans les hôpitaux visités

- Mise en place
  - Coordination Qualité-Sécurité (Tous)
  - Commission Qualité-Sécurité (9/10)
- Négociation des différents éléments du plan
  - Intensité variable d'un hôpital à l'autre
- Publication des différents éléments du plan
  - Intranet, Internet,...
- Auto-évaluation de l'état d'avancement et d'appropriation de ces éléments
  - Voir diapos suivantes





# Mise en place d'une vision, d'une mission et d'une stratégie en matière de qualité et de sécurité des soins

Activité lancée – s'insère dans une stratégie institutionnelle et dans un programme global	● ●
Activité lancée – s'insère dans une stratégie qualité et avec des projets préexistants	●
Activité lancée	● ● ● ● ● ● ●
Conception de projet en cours - organisation	●
Étude de faisabilité en cours – définition de projet	
Intérêt naissant	
Pas d'intérêt manifeste	

# Définition structure organisationnelle et organigramme pour la qualité des soins et la sécurité des patients

Activité lancée – s’insère dans une stratégie institutionnelle et dans un programme global	● ●
Activité lancée – s’insère dans une stratégie qualité et avec des projets préexistants	● ● ● ●
Activité lancée	● ● ● ●
Conception de projet en cours - organisation	●
Étude de faisabilité en cours – définition de projet	
Intérêt naissant	
Pas d’intérêt manifeste	

# Mise en place d'indicateurs de sécurité des patients

Activité lancée – s'insère dans une stratégie institutionnelle et dans un programme global	
Activité lancée – s'insère dans une stratégie qualité et avec des projets préexistants	●
Activité lancée	● ●
Conception de projet en cours - organisation	● ● ●
Étude de faisabilité en cours – définition de projet	●
Intérêt naissant	● ● ●
Pas d'intérêt manifeste	

# Présentation de 4 aspects du collectif de travail « qualité des soins et sécurité des patients »

Mission, vision: du top-down au bottom-up.	Corinne Courtois, Belgique
Structures organisationnelle et fonctionnelle de la Qualité et de la Sécurité Patient au Centre Hospitalier Chrétien.	Anne Maréchal, Belgique
Le « déroulement » d'un projet Qualité et Sécurité en milieu hospitalier selon la méthode du diagramme de Gantt.	Pierre Van den Berge, Belgique
De l'enregistrement de données à l'utilisation opérationnelle d'indicateurs ou élaboration d'un tableau de bord interne Qualité / sécurité.	Christophe Happe, Belgique