PAQS
ASBL

L'accréditation des hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles

Mardi 16 Février 2016

Assemblée générale union professionnelle des médecins spécialistes en soins intensifs

Dominique Gainvorste

De tout temps, la qualité des soins hospitaliers a été une préoccupation des pouvoirs publics.

Plan de l'exposé

1. Un peu d'histoire…..Les aspects législatifs
2. L'accréditation c'est quoi?
   - Définition
   - L'accréditation dans l'Europe des 27
   - Et chez nous?
3. Les étapes du processus d'accréditation
   - Les différentes étapes
   - Qui est concerné?
   - Exemple d'un référentiel
4. Pourquoi l'agrément n'est il plus suffisant aujourd'hui ?

5. L’accréditation en Wallonie

   - Plan qualité des soins
   - Plan Marshall horizon 2022

6. Accréditation: evidence review

7. Conclusion

1. Un peu d’histoire….

Les aspects législatifs.

Un peu d’histoire

Pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux, les autorités publiques ont mis en place un système d’agrément des hôpitaux basé sur des normes. **Un arrêté du Régent du 20 juillet 1947** a arrêté les conditions requises pour l’agrément des établissements hospitaliers. Il s’agissait à l’époque de normes dont le respect était facultatif

Législation (normes d'agrément)

- Obligation d'être agréé pour fonctionner.
- Première loi sur les hôpitaux du 23 décembre 1963.
- Premières normes : AR du 23 octobre 1964.

Postulat : quand normes rencontrées
=
soins de qualité

Depuis une quinzaine d'années, sont apparues des dispositions relatives à la qualité des soins proprement dite

- Responsabilité du **médecin chef.(AR 15/12/1987)**

- Les programmes de soins : **6 programmes de soins** : médecine de la reproduction, pathologie cardiaque, oncologie, clinique du sein , pédiatrie et gériatrie.

- L'évaluation externe concerne les programmes de soins mais a aussi été étendue à certains services médico-techniques (imagerie médicale avec 2 sections, dialyse et radiothérapie) , certaines fonctions (médecine d'urgence spécialisée et soins intensifs) et par la suite à certains services (maternité-NIC avec 2 sections).

- AR du 27 avril 2007 (Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière).
- Hygiène hospitalière (surveillance des infections nosocomiales à l'aide d'indicateurs).
- CMP (comité médico-pharmaceutique) + groupe de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie.
- Comité de transfusion (procédure d'enregistrement des incidents indésirables).
- BMF : art 56 obligation de participer aux initiatives surveillance des infections nosocomiales (MRSA, Clostridium difficile et un troisième au choix parmi 4 protocoles).

Financement

- contrat « coordination qualité et sécurité des patients ».
- projets B4 : pharmacie clinique, malnutrition, douleur
- plan cancer.
- CMP et CMM.
- safes surgery lifes.
- bundle of care : ventilation associated pneumonia….

Feedback indicateurs et données

- FMH, PSI.
- statistiques hospitalières annuelles.

Coordination qualité et sécurité des patients
Deuxième plan pluriannuel
2013-2017

structure - processus - résultat | structure - processus - résultat | structure - processus - résultat | structure - processus - résultat | structure - processus - résultat

1/01/2014 1/01/2015 1/01/2016 1/01/2017

1/01/2013 31/12/2017

Plan de soutien et d'accompagnement

thèmes spécifiques

HÔPITAUX AIGUS
auto-évaluation, actions d'amélioration et optimalisation des processus de soins

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES
auto-évaluation, actions d'amélioration et optimalisation des processus de soins

HÔPITAUX SP
auto-évaluation, actions d'amélioration et optimalisation des processus de soins

thèmes génériques

système de gestion de la sécurité

leadership

communication

patient and family empowerment

CAMPAGNE FÉDÉRALE *PATIENT AND FAMILY EMPOWERMENT*

OBJECTIFS STRATÉGIQUES DU SPF

OBJECTIFS MESURABLES, À DÉTERMINER AVEC DES EXPERTS

THÈMES SPÉCIFIQUES

- **sécurité des médicaments**
  → ***high risk medication***
  → *pharmaco -et identitovigilance*
- ***safe surgery***
  → *service de stérilisation centrale*
  → *matério-identito -et biovigilance*
- **identitovigilance**
- **soins transmuraux**
  → *pharmaco- et identitovigilance*
- ***hygiène hospitalière***
- ***hémovigilance***
  → *identito-et biovigilance*
- ***radioprotection*** *(radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie)*
  → *identito-et matériovigilance*
- **processus de soins et indicateurs liés aux soins**
- ***care bundles***
- **circuits de soins et réseaux de soins** (soins psychiatriques)
- **trajet de soin revalidation**
- **audits internes/cliniques**

THÈMES GÉNÉRIQUES

- **système de gestion de la sécurité**
- ***leaderschip***
- **communication**
- ***patient and family empowerment***

Néanmoins……..

Constats du KCE(2008)

- Pas de mesure systématique de la qualité des soins;
- initiatives dispersées et sans objectif commun; (pas d'approche globale);
- pas de financement incitatif à la qualité;
- demande des prestataires et hôpitaux si pas de surcharge de travail;
- nécessité de données fiables.

- Sur le plan international, la Belgique score bien en ce qui concerne l'accessibilité et l'offre de soins mais ***score en dessous de la moyenne en ce qui concerne le résultat des soins*** (European Health Consumer) = manque de transparence des résultats.

- 27 juin 2008, les Ministres de la Santé de 53 pays signent la charte de Tallin. Par cette charte, les ministres se sont engagés pour promouvoir la ***transparence dans les soins de santé***.

Avis du CNEH

Avis concernant la qualité intégrale et la sécurité des soins hospitaliers – mai 2011

… « la politique en matière de soins hospitaliers est et a été caractérisée

par une approche essentiellement budgétaire, fragmentaire et organisée par projets, et donc sans grande cohérence ni suivi, et sans un cadre explicite que requiert la qualité des soins.

Le Service public fédéral Santé publique s'efforce ici de s'aligner mais ne peut compenser l'absence d'une vision stratégique à long terme, suite à quoi les nombreux projets développés sont insuffisamment intégrés dans le fonctionnement régulier de l'hôpital. Des efforts similaires peuvent être également constatés au niveau des Régions et des Communautés. Une adéquation très limitée est également observée entre les différents niveaux politiques… »

2. L’accréditation des hôpitaux, c’est quoi ?

L’accréditation des hôpitaux

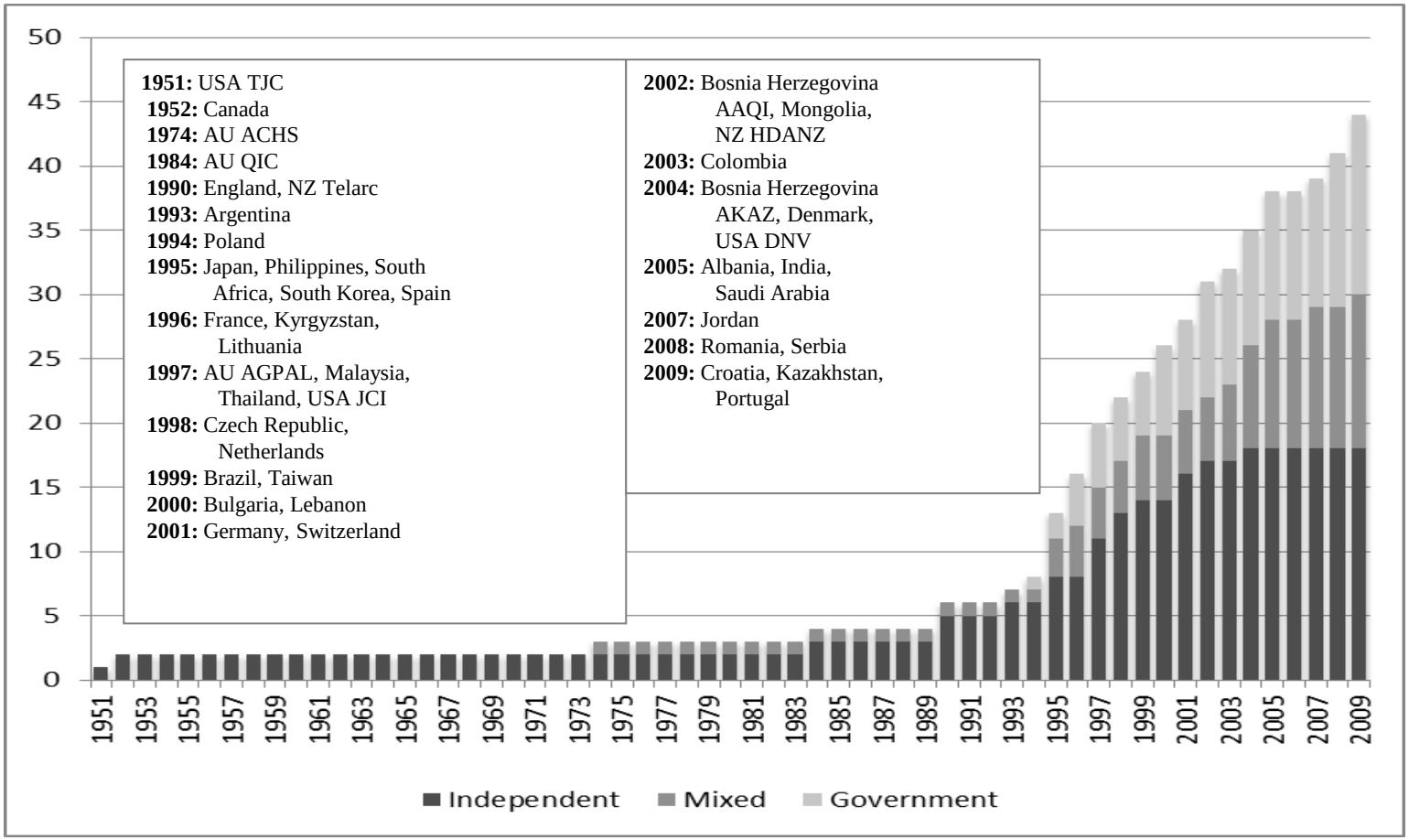
L'accréditation des établissements de santé est une méthode **d'évaluation externe**, généralement **volontaire.**

Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soins apporte **la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques**, à un ensemble d'exigences formalisées et présentées sous forme de manuel, c’est-à-dire « le **référentiel** » préconisé par un organisme d’accréditation.

L’organisme d’accréditation ainsi que son manuel sont validés par un organisme extérieur indépendant, l’ISQua, reconnu des professionnels hospitaliers au niveau international.[1]

[1] http://isqua.org/docs/accreditation/cf-001-iap-application-form.docx

Organismes d'accréditations (1951 à 2009)

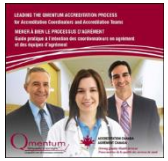


Shaw C. (2012). Profiling healthcare accreditation organisations: an international survey. In the pre

Quelques organismes d'accréditation

Joint Commission International (JCI), Chicago [1]

Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ), Utrecht [2]



Accréditation Canada International, Ottawa, Ontario,[3]

Haute Autorité de Santé (HAS), Paris [4]

[1] http://www.jointcommission international.org/jci-accredited-organizations/
[2] http://www.niaz.nl/; [3] http://www.accreditation.ca; [4] http://www.has-sante.fr/

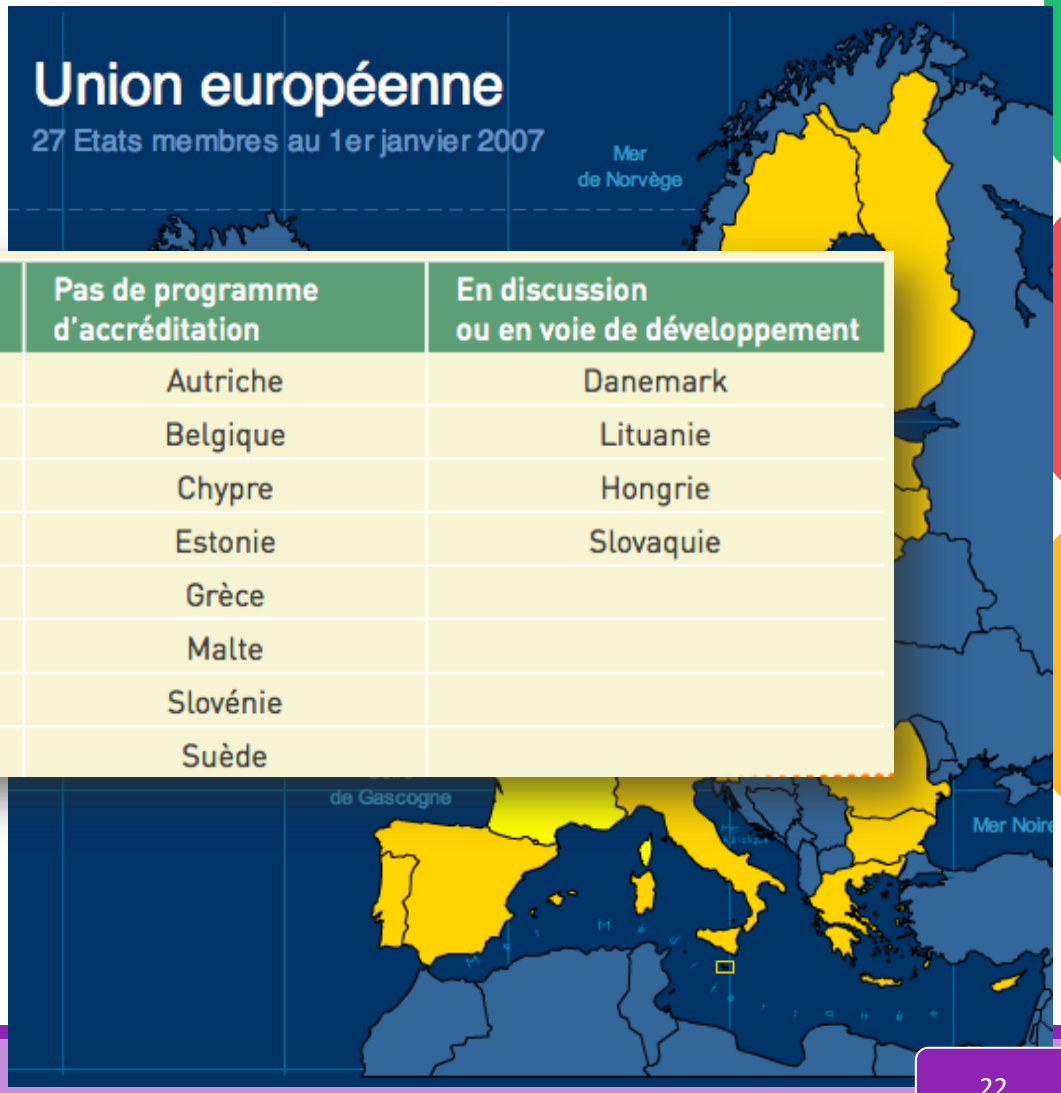
Philosophie de l'accréditation :

dimensions en fonction des pays

Obligatoire	⟷	Volontaire
Punitive	⟷	Orientée amélioration
Cyclique	⟷	Continue
Prescriptive	⟷	Non-prescriptive
Confidentielle	⟷	Publique
Exigences minimales	⟷	Exigences sur mesure
Réactive	⟷	Proactive
Planifié	⟷	Non planifiée
Rétrospective	⟷	Prospective
Basée sur des standards	⟷	Basée sur la performance
Orientée processus	⟷	Orientée résultats
Mesures absolues	⟷	Comparaison des mesures
Niveau de "réussite" unique	⟷	Réussite "multiniveaux"

Timmons K : Accreditation in Health Care: An Overview (2008)

L’accréditation dans l’Europe des 27

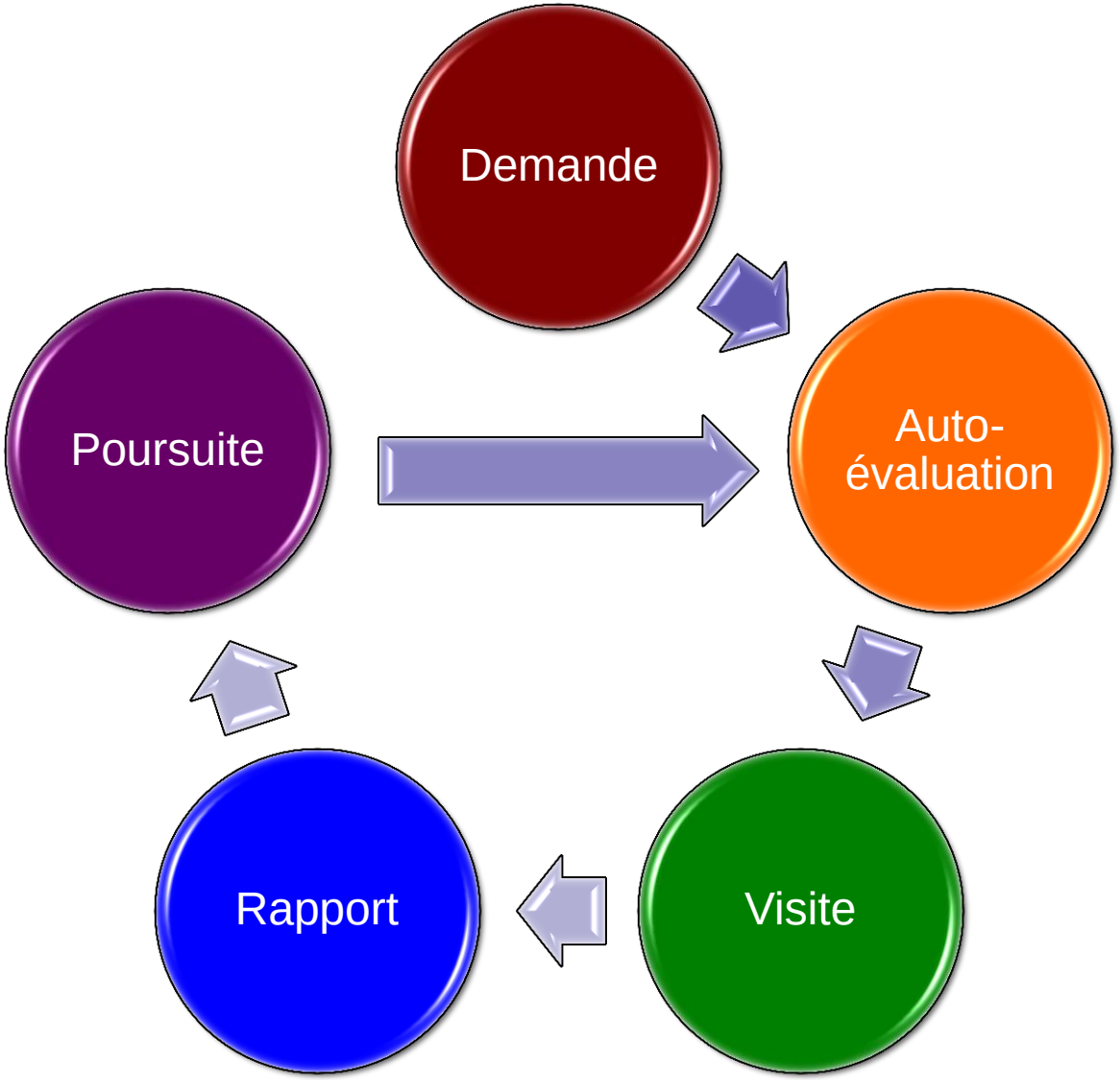


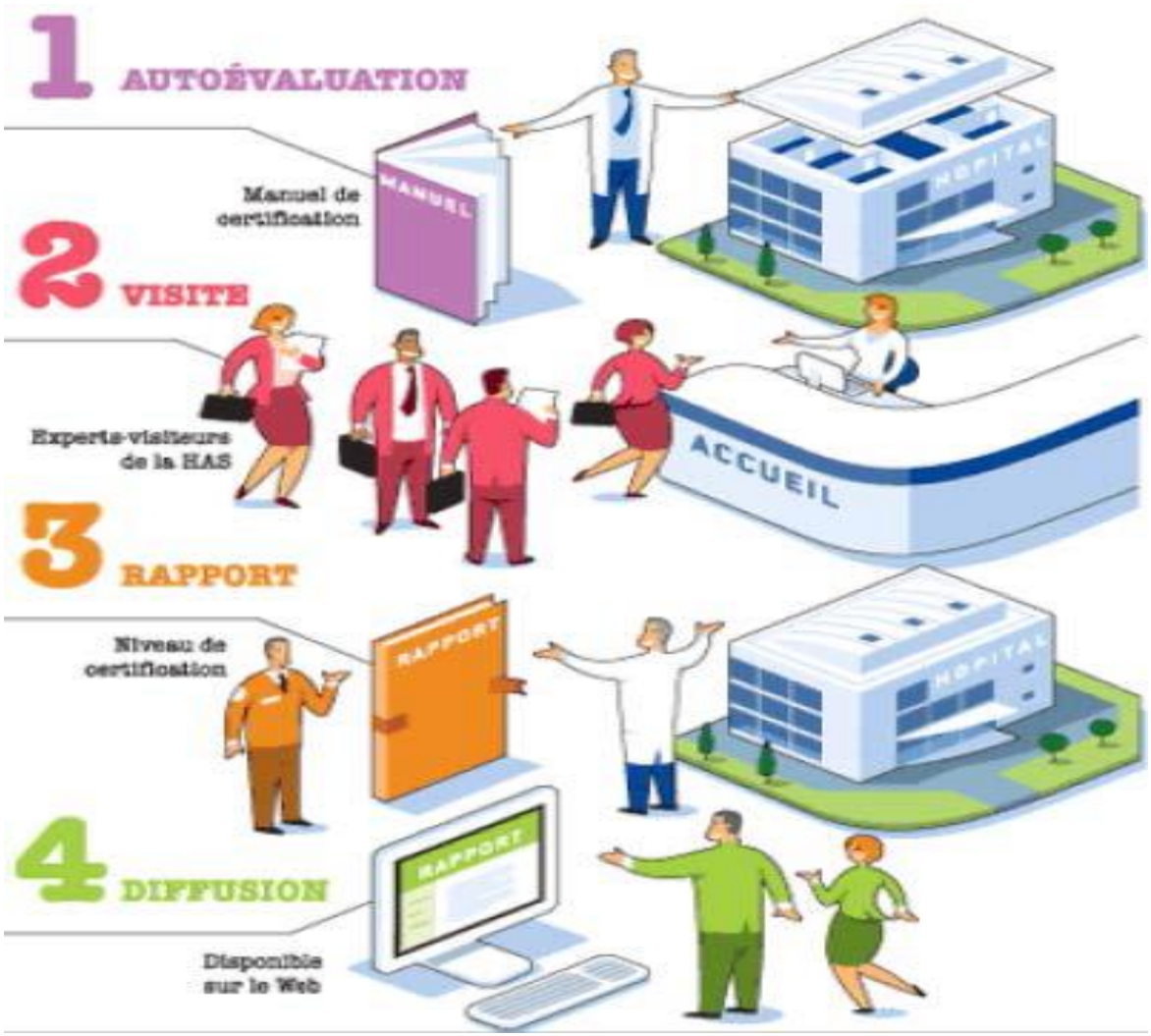
Appliquent un programme d’accréditation des hôpitaux		Pas de programme d’accréditation	En discussion ou en voie de développement
Bulgarie	Luxembourg	Autriche	Danemark
République tchèque	Pays-Bas	Belgique	Lituanie
Finlande	Pologne	Chypre	Hongrie
France	Portugal	Estonie	Slovaquie
Allemagne	Ecosse	Grèce	
Irlande	Espagne	Malte	
Italie	Angleterre	Slovénie	
Lettonie		Suède	

KCE : Etude comparative des Programmes d’accréditation hospitalière en Europe (2008)

3. Les étapes du processus d’accréditation

Les étapes de l'accréditation

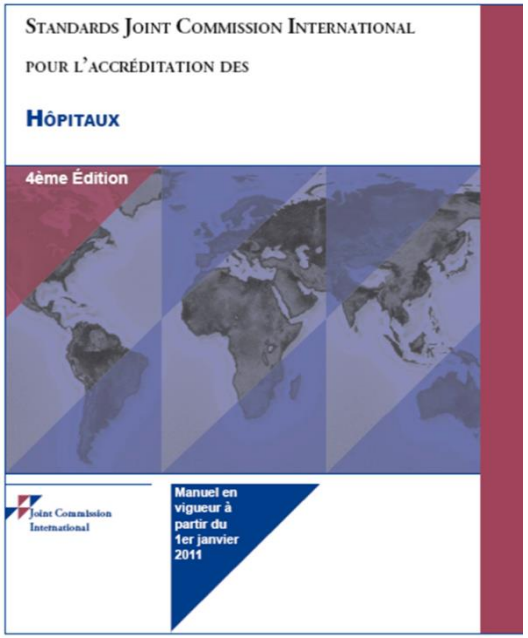


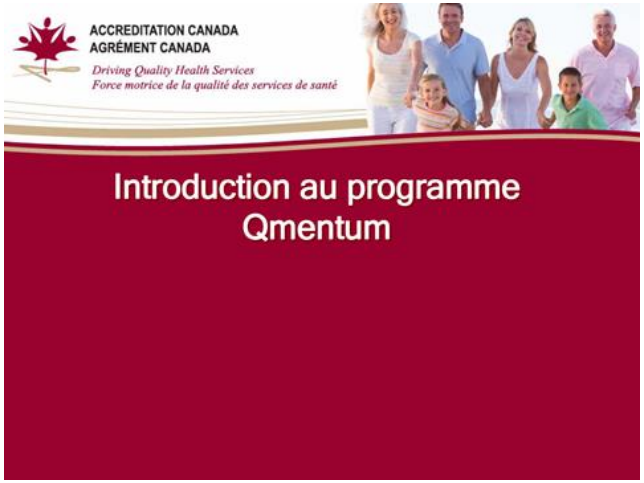

1 AUTOÉVALUATION
Manuel de certification
MANUEL
HÔPITAL
2 VISITE
Experts-visiteurs de la HAS
ACCUEIL
3 RAPPORT
Niveau de certification
RAPPORT
HÔPITAL
4 DIFFUSION
RAPPORT
Disponible sur le Web

Qui est concerné par la procédure d'accréditation ?

- L'ensemble du fonctionnement et des pratiques de l'établissement .
- L'ensemble de ses secteurs d'activités (cliniques, médico-techniques, logistiques, techniques, administratifs) .
- Tout les membres du personnel.

Exemples de référentiels





Structure des référentiels

Direction– Gouvernance – Prévention et contrôle des infections– référentiels transversaux

Continuum des soins

Santé publique	Soins de courte durée	Soins ambulatoires	Laboratoire	Soins primaire	Santé communautaire
• Santé Publique • La santé animale et la sécurité alimentaire • Populations qui souffrent de maladies chroniques	• Traitement du cancer • Soins intensifs • Imagerie diagnostique • Services des urgences • D'urgence et la préparation aux catastrophes • Soins de santé dans le monde • Soins palliatifs • Médecine • Soins obstétriques/périnatals • Salles d'opération • Retraitement et la stérilisation • Services de chirurgie	• Soins ambulatoires • Equipement médicaux/chirurgicaux indépendants • Techniques de procréation médicalement assistée • Réhabilitation • Pharmacie	• Banques de sang et services transfusionnels • Laboratoires biomédicaux • Laboratoires et banques de sang	• Soins primaire • Soins dentaires • Médecine générale	• Soins à domicile • Santé mentale • Déficience intellectuelle • Semi- Résidentiel et Résidentiel • L'abus de substances et la dépendance (alcoolisme/toxicomanie)

ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA
INTERNATIONAL

Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

Structure : Référentiel ACI

METTRE EN PLACE UNE EQUIPE HAUTEMENT PERFORMANTE

1.0 **L'équipe du bloc opératoire recourt à une approche multidisciplinaire pour la prestation de ses soins et services.**

Vie professionnelle

1.1 La composition de l'équipe reflète le case mix, la sévérité des cas, les volumes de service et la charge de travail.

Diamant

Conseils

L'équipe multidisciplinaire du bloc opératoire comprend des personnes de rôle et de discipline différents. Selon les besoins du patient, l'équipe peut se composer de chirurgiens, infirmiers, anesthésistes ou autres professionnels jugés nécessaires pour les cas en question.

Efficience

1.2 L'équipe coordonne les soins et services avec d'autres équipes péri opératoires comme les salles de réveil, les unités de soins intensifs et la gestion des salles/lits.

Or

Conseils

La coordination et la proximité de services de chirurgie ou autres services péri opératoires ont un impact sur le flux des patients et l'efficacité du bloc opératoire.

Efficacité

1.3 L'équipe recourt à des trajectoires cliniques et à des guides cliniques fondés sur des données probantes pour les orienter au fil des étapes de l'intervention, promouvoir des soins de santé efficaces et obtenir des résultats patient optimaux.

Platine

Conseils

Les plans de soins offrent des conseils détaillés à chaque étape de la gestion d'un patient sur une période donnée. Ils sont adaptés aux conditions ou procédures spécifiques et sont régulièrement mis à jour pour refléter les meilleures pratiques.

Norme

Critère

Dimension de qualité

Niveau d'accréditation

Conseils

ACCREDITATION CANADA
AGRÉMENT CANADA
INTERNATIONAL
Driving Quality Health Services
Force motrice de la qualité des services de santé

9,0 L'équipe obtient le consentement éclairé du patient avant de lui prodiguer des soins en santé mentale.

Critères

Efficacite

Dimension

9.1

L'équipe applique une politique relative au consentement éclairé qui est conforme aux lois et règlements en vigueur.

Or

Niveau

Conseils

Au Niveau Or, les organisations disposent d'une procédure détaillée pour obtenir le consentement éclairé spécifié aux points 9.1 à 9.6. La procédure d'obtention du consentement éclairé inclut un passage en revue des informations liées aux soins et du formulaire de consentement avec le patient; l'explication au patient des options de services disponibles; la possibilité de laisser au patient le temps de réfléchir et de poser des questions avant que ne soit demandé son consentement; le respect des droits du patient, de sa culture et de ses valeurs, y compris le droit de refuser le consentement à tout moment; et la consignation de la décision du patient dans son dossier.

Les lois et règlements concernant le consentement éclairé divergent en fonction de la juridiction. Cependant, l'équipe doit tenir compte des lois et règlements en vigueur au moment de la vérification ou de la mise à jour de la politique.

Niveau de base

Fondamentale

4. Pourquoi l’agrément n’est il plus suffisant aujourd’hui ?

- **Depuis plusieurs années, de nombreuses initiatives ont été menées pour l'amélioration de la qualité dans les soins hospitaliers :**

  - Agrément obligatoire des hôpitaux et des différents programmes et fonctions de soins (RW et SPF SP)
  - Contrat qualité sécurité (SPF SP)
  - Financement de base de données hospitalières (RW)
  - Création du mouvement wallon pour la qualité (1999)
  - Réforme de l'inspection des hôpitaux et des maisons de repos (RW)
  - Décrets et arrêtés « qualité » (VL)
  - Mise en place de la PAQS (Plateforme pour l'Amélioration de la Qualité des soins et de la Sécurité du patient) (2014)
  - Etc….

- **Beaucoup d'initiatives porteuses, en recherche de cohérence, souvent sous forme de projets.**

- **Préoccupations des autorités publiques concernant la qualité des soins hospitaliers**
  - Besoin de mesurer, d'évaluer et de comparer la qualité

- **Préoccupations des patients de plus en plus exigeants vis-à-vis de la qualité des soins (multitudes de sources d'informations disponibles)**

- **Dans le cadre des compétences transférées (6ème réforme de l'Etat), la RW est compétente depuis le 1er janvier 2015 pour édicter les normes d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers, fonctions hospitalières, programmes de soins.**

- **Nécessité d’articuler les différentes initiatives dans un but de simplification administrative et de réduction des charges.**

- **Adoption d’une note stratégique par le Gouvernement wallon visant à la mise en œuvre d’un « Plan wallon pour la qualité des soins hospitaliers » - août 2013**

- Directive européenne sur les soins transfrontaliers.
- Grande mobilité des patients
- L'accréditation des hôpitaux se pratique dans la plupart des pays limitrophes.
- Demande de transparence de la part des autorités et du public.
- Economies possibles à plus ou moins long terme.
- Judiciarisation de la médecine en cours

- **Sur le plan international, la Belgique score bien en ce qui concerne l'accessibilité et l'offre de soins mais score en dessous de la moyenne en ce qui concerne le résultat des soins (European Health Consumer) = manque de transparence des résultats**

- **27 juin 2008, les Ministres de la Santé de 53 pays signent la charte de Tallin. Par cette charte, les ministres se sont engagés pour promouvoir la transparence dans les soins de santé**

5. L’accréditation en Wallonie

L'accréditation en Wallonie

Le Gouvernement wallon a approuvé en date du 28 aout 2013, un plan « qualité des soins » en 6 axes.

1. Réfléchir sur l'évolution des normes et préparer la mise en œuvre de nouvelles normes.
2. Produire des indicateurs.
3. Préparer et accompagner le déploiement du processus ***d'accréditation*.**
4. Mettre en cohérence organisation de l'inspection, normes, indicateurs et ***accréditation***.
5. Initier un benchmarking entre établissements de soins.
6. Mener une réflexion sur la diffusion publique de données relatives à l'inspection, la performance et les résultats.

Objectifs du Plan (6 axes – approche Multifacettes)

- **Axe 1 : Réfléchir sur l'évolution des normes et préparer la mise en œuvre de nouvelles normes**
  - Normes relatives à la loi coordonnée sur les hôpitaux / Normes d'agrément (obsolescence – actualisation)

- **Axe 2 : Produire des indicateurs**
  - Définir lesquels? pour Qui? Pour Quoi? Comment les mesurer? Les analyser? Les diffuser?

- **Axe 3 : Préparer et accompagner le déploiement du processus d'accréditation**
  - Volontaire? Obligatoire?
  - Par qui? Combien de temps? Comment le financer ?

- **Axe 4 : Mettre en cohérence organisation de l'inspection, normes, indicateurs et accréditation**
  - Liens entre les différentes interventions : Accréditation / agrément? Indicateurs / accréditation?

- **Axe 5 : Initier un benchmarking entre établissements de soins**
  - Définir le BUT ? Les modalités?

- **Axe 6 : Mener une réflexion sur la diffusion publique de données relatives à l'inspection, la performance et les résultats**
  - Quelles informations? Comment les diffuser? A qui?

Etat d'avancement (08/2015)

Mise en œuvre du plan sous cette législature :

Chronologie envisagée :

- ✓ Axe 2 : Priorité 2015-2016
- ✓ Axe 3 : Priorité 2015-2016
- ✓ Axe 4 : Priorité 2015-2016
- ✓ Axe 1 : Après la mise en œuvre des axes 2 et 4 / coordination avec le Fédéral
- ✓ Axe 5 et 6 : Accompagnement continu du plan

Etat d'avancement (08/2015)

En réflexion :

- ✓ Ajouter un 7ème axe : Empowerment et éducation du patient
- ✓ Inciter l'accréditation des hôpitaux en organisant un modèle d'inspection différencié (inspections globales >< inspections thématiques). L'accréditation devrait être menée par un organisme d'accréditation certifié IsQUa.
- ✓ Passage à des agréments à durée indéterminée selon des modalités à définir

L’accréditation en Wallonie

En outre dans le cadre du plan Marshall Horizon 2022, la mesure 13

« stimuler l’innovation et optimaliser la gestion des soins de santé reprend comme action à entreprendre soutenir l’innovation et la qualité dans les hôpitaux, acteurs de premier plan et importants pourvoyeurs d’emplois, notamment au travers une démarche d’***accréditation*** ».

6. Accréditation: evidence review

Accréditation: evidence review

- L’accréditation accroit l’utilisation d’indicateurs.
- L’accréditation facilite la gestion du changement.
- L’accréditation améliore la communication dans les équipes.
- L’accréditation a un coût et demande une période de préparation.
- Peu de résultats sur l’impact sur la qualité des soins : normes des référentiels basées sur l’Evidence Base.

Accréditation: evidence review (2)

- Supporte le développement de systèmes qui améliorent l'efficience opérationelle et impacte positivement sur la santé.
- Renforce l'efficience des équipes multi-disciplinaires.
- Diminue les coûts liés à la responsabilité civile.
- Réduit les risques d'événement indésirable.
- Améliore la compréhension du continuum de soins.
- Diminue les variances dans les pratiques cliniques et administratives.

Accréditation: evidence review (3)

- Accroît la conformité avec les normes de qualité et de sécurité.
- Améliore positivement la santé des patients.
- Contribue à l'amélioration de la satisfaction au travail des médecins, infirmier(e)s et autres professionnels de la santé.
- Promeut le partage de politiques, procédures et des meilleures pratiques à travers l'organisation.

7. Conclusions

L’accréditation…

- Arrive (Pour des raisons géographiques, politiques, économiques, …)
- Demande une certaine préparation (culture Q/S, gestion documentaire, audit, …)
- A un coût (contrat, ressources à mobiliser, investissements à réaliser, …)
- Peut générer des bénéfices (amélioration du fonctionnement de l’organisation et du bien-être au travail, satisfaction des usagers, qualité des soins et sécurité des patients, …)

Mais l’accréditation est …

- Un outil, pas une fin en soi !
- L’objectif est de soutenir l’amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans nos hôpitaux.
- L’accréditation est une démarche fédérant l’ensemble des acteurs pour formaliser un mode d’organisation fondé sur la recherche d’un meilleur niveau de qualité.
- l’accréditation est avant tout un état d’esprit, qui doit se mettre en place progressivement.

Merci de votre attention.