

Qualité des Soins et Gestion des Risques dans le manuel d'accréditation des établissements de santé de 2^{ème} et 3^{ème} lignes

الهيئة الوطنية للاعتماد
في المجال الصحي

INASanté

Rim SLOUMA

Dr en Pharmacie

Responsable de la gestion des experts-
visiteurs



***L'INASanté,
une institution au service
du patient,
du professionnel
et du décideur***

La Tunisie s'est engagée

الرَّائِدُ الرَّسْمِيُّ لِلْجُمْهُورِيَّةِ التُّونِسِيَّةِ

عدد 72

السنة 155

الثلاثاء 24 شوال 1433 - 11 سبتمبر 2012

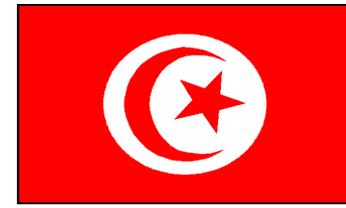
وزارة الصحة

أمر عدد 1709 لسنة 2012 مؤرخ في 6 سبتمبر 2012 يتعلق بإحداث الهيئة الوطنية للإعتماد في المجال الصحي وبضبط مهامها وتنظيمها الإداري والعلمي والمالي وكذلك طرق سيرها

2428

الهيئة الوطنية للإعتماد
في المجال الصحي

INASanté



Pourquoi une instance d'accréditation en Tunisie ?

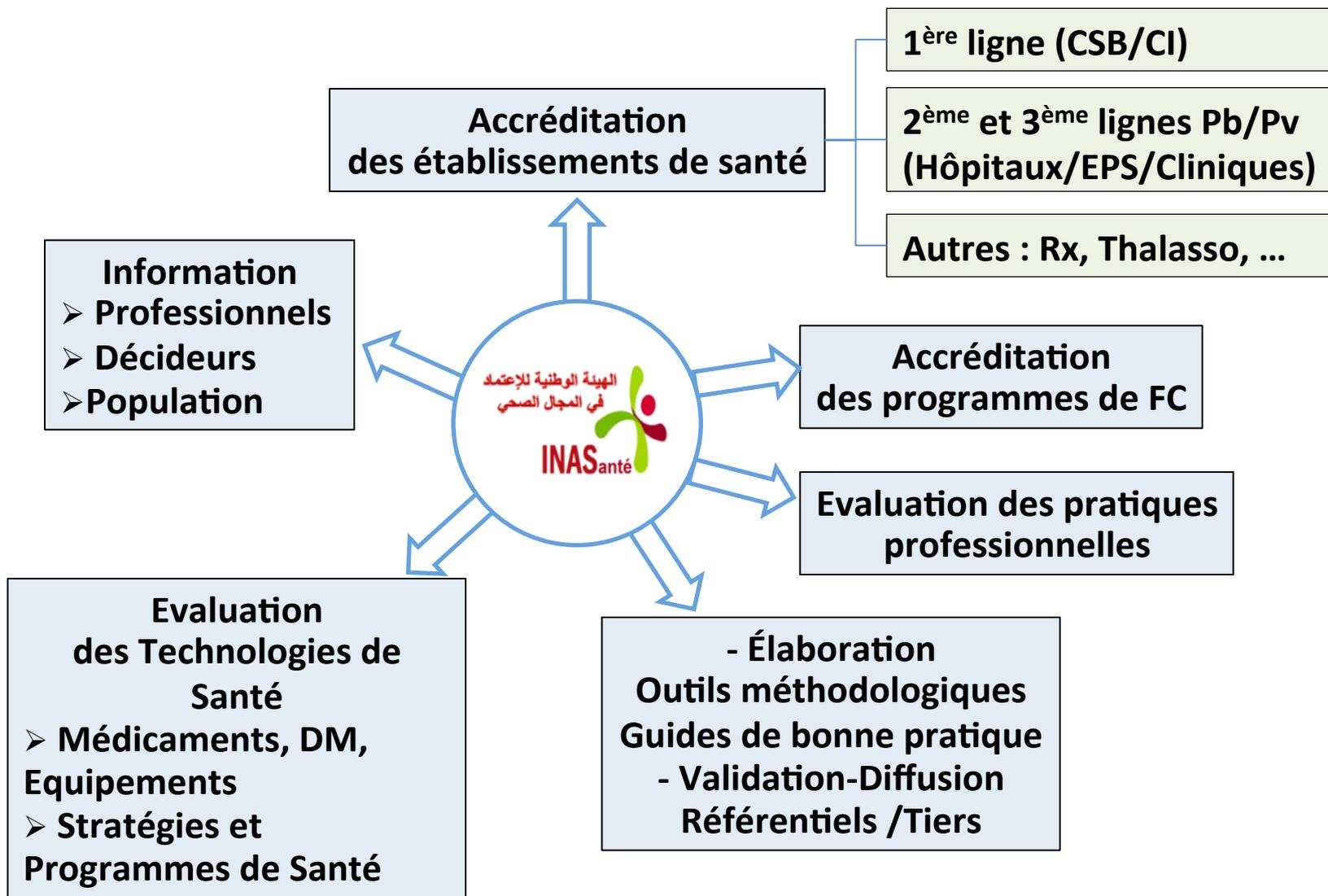
Une nécessité :

- Améliorer, de façon continue, la qualité et la sécurité des services de santé offerts à la population.
- Répondre aux normes internationales des services dans les établissements de santé.
- Promouvoir les services de santé Tunisiens à l'international (Tourisme médical, exportation des compétences, ...).

Qui est l' INASanté ?



- Une Autorité (reconnaissance), Scientifique, Publique et Indépendante.
- L' INASanté place la sécurité et la qualité au cœur du système de santé, et ce, au bénéfice de la communauté et de son bien-être. Ses actions visent à assurer l' équité dans l' offre des services.
- Au service et à équidistance des citoyens, des professionnels et de toutes les structures de santé.



- **Un modèle propre à la Tunisie** : se construire en tenant compte des leçons apprises à l'international pour ériger, selon une méthodologie rigoureuse, un modèle de management de l'accréditation en santé adapté à la Tunisie.
- **Reconnaissance internationale** : par l'ISQua (International Society for Quality in Healthcare) afin d'être reconnue localement et dans un environnement ouvert à l'étranger.

Accréditation des établissements de santé



What's it all about?

Définition de l'Accréditation

- L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des pairs, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.
- Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.

L'accréditation

Une démarche en 4 temps ⁽¹⁾

1. La Contractualisation: Pour enregistrer son entrée dans le démarche d'accréditation, l'établissement signe un contrat avec l'INASanté dans lequel seront identifiées toutes les étapes du processus, les attentes et les besoins des deux parties contractantes.

2. L' Auto-évaluation: Elle est réalisée par l'établissement et les professionnels sur la base d'une grille relative au manuel d'accréditation fournie par l'INASanté.

L'accréditation

Une démarche en 4 temps (2)

3. La Visite d'Accréditation: Une visite réalisée par des professionnels de la santé formés et compétents appelés « *Experts visiteurs* »



4. La Décision d'Accréditation : conclusion de l'organisme accréditeur « INASanté »

Bénéfices de l'Accréditation



- Processus rigoureux, transparent et structuré d'évaluation de la qualité des services de santé fournis.
- C'est une démonstration de l'engagement à des soins de qualité et la conformité aux normes et critères.
- Un outil opérationnel au service des acteurs du système de santé
 - ✓ **du patient**
 - ✓ **des professionnels de santé**
 - ✓ **de l'établissement de santé**

■ Un outil au service des établissements de santé

- ✓ Développer une politique qualité institutionnelle
- ✓ Maturité du système de management de la qualité et de gestion des risques de l'établissement
- ✓ Valoriser les démarches d'amélioration existant dans l'établissement
- ✓ Mettre en place un plan d'actions d'amélioration continue de la qualité
- ✓ Satisfaire les exigences des usagers du système de santé
- ✓ Donner une renommée à l'établissement.

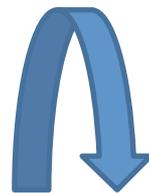
■ Un outil au service des professionnels de santé

- ✓ Renforcement de la communication et de la collaboration
- ✓ Création d'une dynamique de groupe
- ✓ Diminution du nombre d'erreurs
- ✓ Renforcement des compétences et du développement professionnel continu
- ✓ Amélioration de la qualité de vie au travail

■ Un outil au service du patient

L'accréditation donne une place centrale au patient:

- ✓ Une prise en charge globale garante de la qualité des soins et de la sécurité des patients
- ✓ Respect des droits des patients
- ✓ Information et implication des usagers, de leurs représentants et des associations.

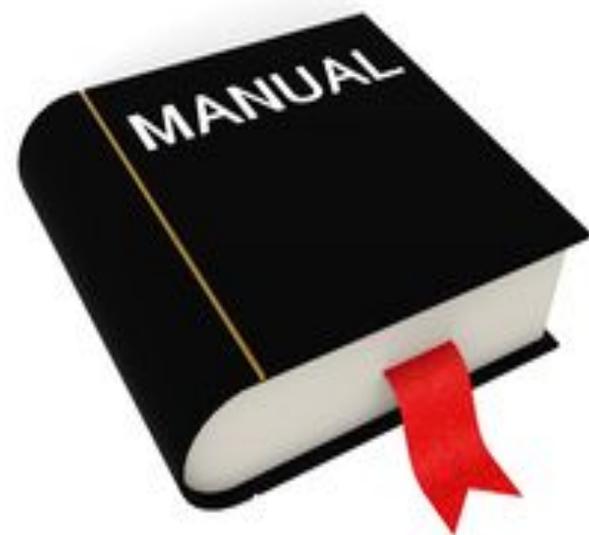


Reflètent les attentes actuelles de tous les acteurs



Fort apport culturel et structurel.

Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé de 2^{ème} et 3^{ème} lignes



Référentiels



■ Référentiel :

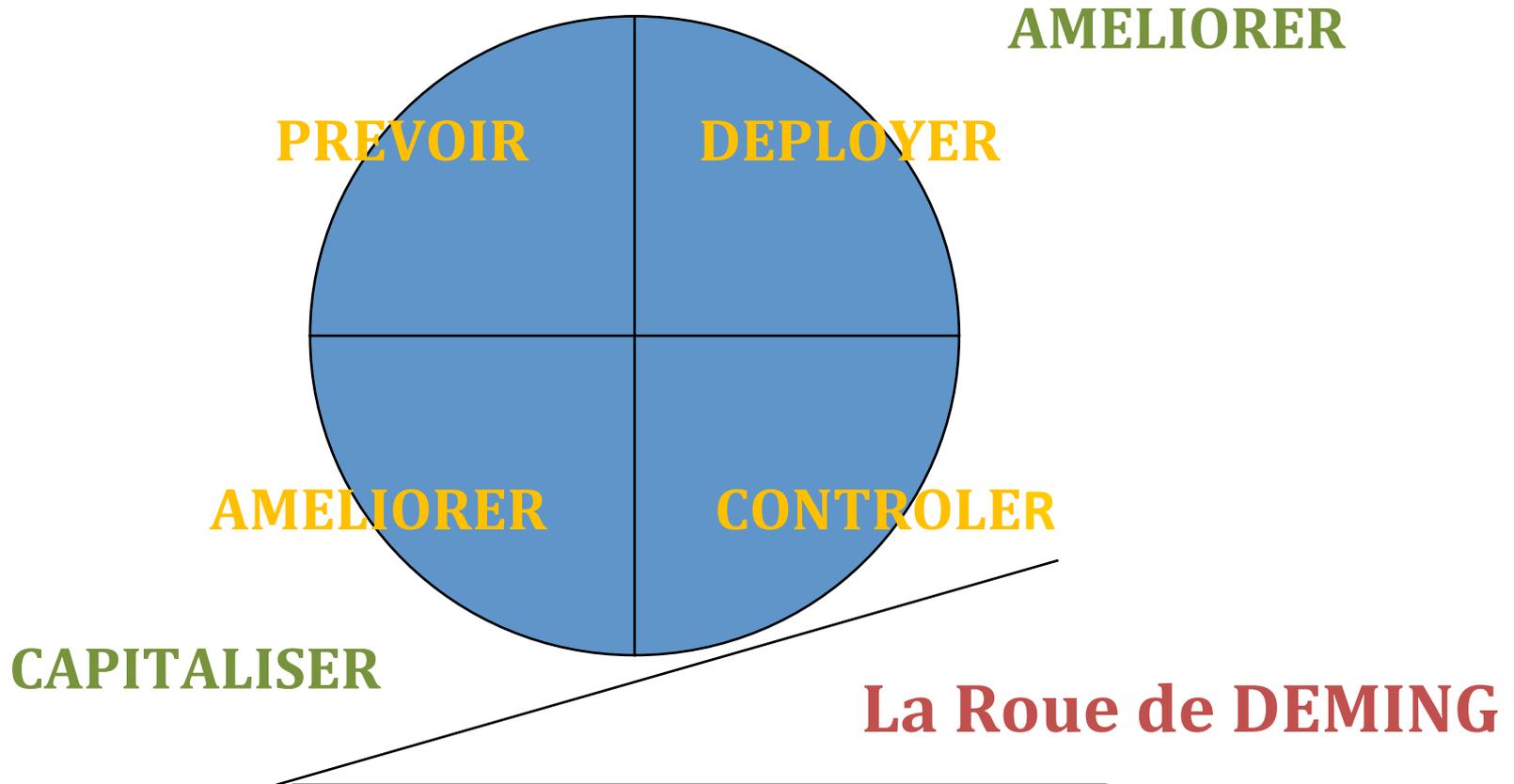
- Ensemble d'exigences nationales et/ou internationales
- défini par consensus et documenté
- élaboré par des professionnels
- permettant d'harmoniser une activité, un processus ou une méthodologie au sein d'un secteur
- auquel doit répondre l'entité pour atteindre l'objectif de qualité

→ **Une aide pour construire toute démarche qualité**

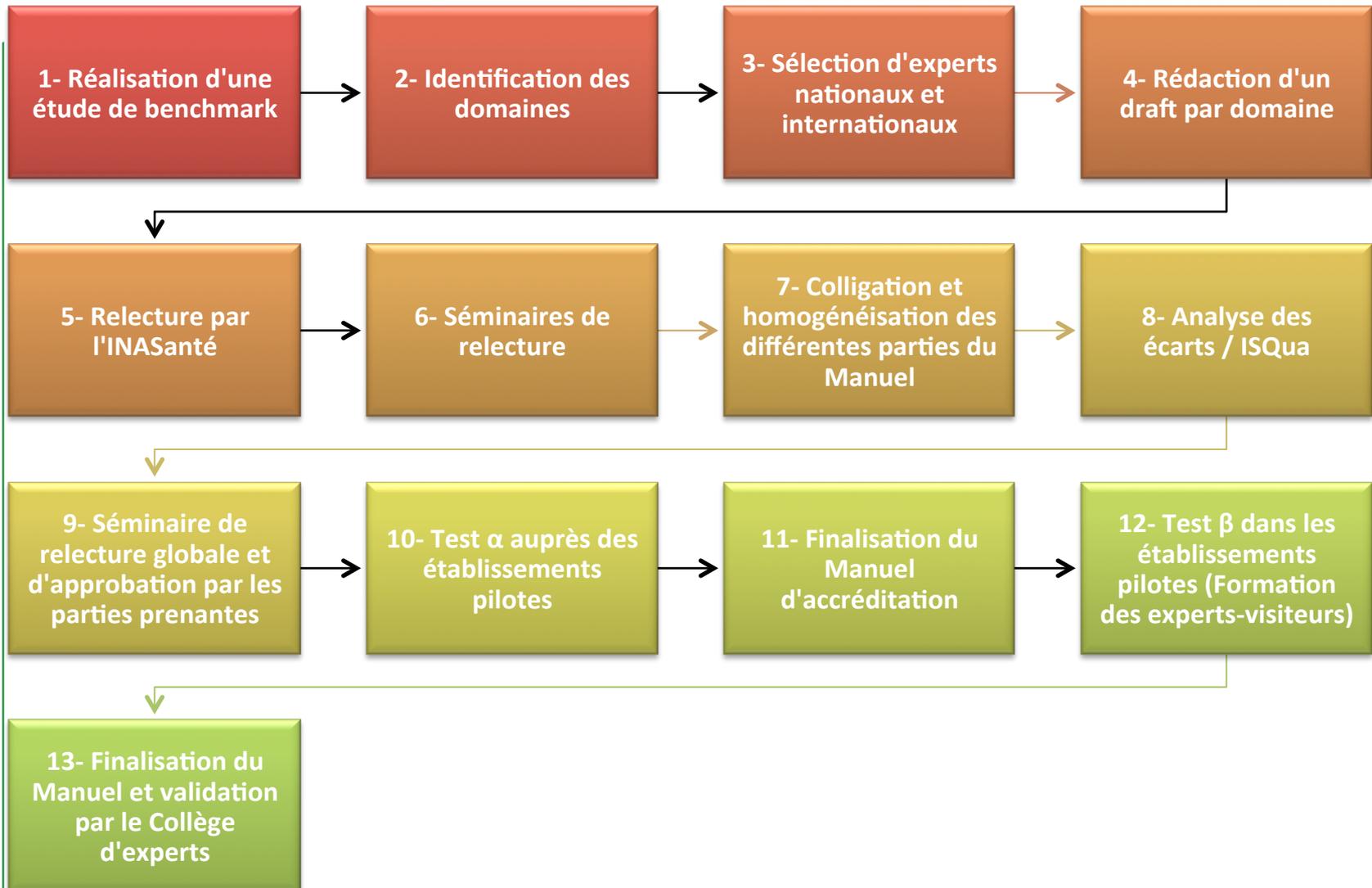
Methodologie d'élaboration du manuel tunisien d'accréditation hospitalière



Logique qualité



Processus rigoureux et participatif



Quels domaines pour le manuel tunisien?

- Adaptés au contexte tunisien
- Prenant en considération la réalité du terrain
- Émanant d'une concertation avec les parties intéressées
- Répondant à des exigences internationales en termes de sécurité
- Donnant lieu à une large consultation des professionnels
- Permettant de répondre aux exigences de l'ISQua



Les principes ISQua pour le développement et l'évaluation des standards

Les principes ISQua pour le développement et l'évaluation des standards (1)

1. Le développement des standards suit un processus défini et rigoureux et associe les parties prenantes

2. Les standards permettent une mesure de la performance et un scoring transparent et reproductible

3. Les standards évaluent la capacité et l'efficacité des ES

Les principes ISQua pour le développement et l'évaluation des standards (2)

4. Les standards incluent le management du risque et de la sécurité des personnes (patients, staff et visiteurs)

5. Les standards sont centrés sur le patient et la continuité des soins

6. Les standards abordent l'évaluation, le suivi et l'amélioration de la qualité des services

Les domaines validés (septembre 2017)

I. Politique et qualité du management

1. *Leadership (gouvernance, gouvernance, éthique...)*
2. *Management stratégique*
3. *Activité de recherche*

II. Management des ressources transversales

1. *Gestion des ressources humaines*
2. *Gestion des fonctions hôtelières et logistiques*
3. *Gestion des ressources financières*
4. *Gestion des ressources matérielles et des équipements médico-techniques*
5. *Gestion du système d'information*

III. Management de la qualité et gestion des risques

1. *Organisation de la qualité et de la gestion des risques*
2. *Gestion du risque infectieux (OIS)*
3. *Qualité et sécurité de l'environnement*
4. *Communication intra et inter-équipe (OIS)*
5. *Prévention des chutes (OIS)*
6. *Evaluation de la satisfaction*
7. *Vigilances sanitaires (pharmaco/matério/hémo...)*

IV. Soins centrés sur le patient

1. **Droits des patients et des familles**
 - *Bienveillance*
 - *Information et consentement*
 - *Prise en charge de la douleur*
2. **Gestion des données du patient**
 - *Dossier patient*
 - *Identification du patient (OIS)*
3. **Parcours du patient**
 - *Accès et continuité des soins*
 - *Accueil*
 - *Evaluation médicale et sociale*
 - *Prises en charge spécifiques (urgences, réanimation, urgences vitales dans l'établissement, gynéco-obstétrique, oncologie, fin de vie...)*
 - *Education sanitaire et thérapeutique*
 - *Sortie*
4. **Circuit du médicament et prise en charge médicamenteuse (OIS)**
5. **Biologie**
6. **Sécurité transfusionnelle**
7. **Imagerie**
8. **Bloc opératoire (OIS)**

Une structure classique

- **Introduction**
- **Chapitres**
- **Domaines (introduction- encadré explicatif)**
- **Références dont certaines prioritaires**
- **Critères**
- **Documents ressources**
- **Personnes ressources**



Management de la Qualité et Gestion des Risques



Les domaines validés (septembre 2017)

I. Politique et qualité du management

1. *Leadership (gouvernance, gouvernance, éthique...)*
2. *Management stratégique*
3. *Activité de recherche*

II. Management des ressources transversales

1. *Gestion des ressources humaines*
2. *Gestion des fonctions hôtelières et logistiques*
3. *Gestion des ressources financières*
4. *Gestion des ressources matérielles et des équipements médico-techniques*
5. *Gestion du système d'information*

III. Management de la qualité et gestion des risques

1. *Organisation de la qualité et de la gestion des risques*
2. *Gestion du risque infectieux (OIS)*
3. *Qualité et sécurité de l'environnement*
4. *Communication intra et inter-équipe (OIS)*
5. *Prévention des chutes (OIS)*
6. *Evaluation de la satisfaction*
7. *Vigilances sanitaires (pharmaco/matério/hémo...)*

IV. Soins centrés sur le patient

1. **Droits des patients et des familles**
 - *Bientraitance*
 - *Information et consentement*
 - *Prise en charge de la douleur*
2. **Gestion des données du patient**
 - *Dossier patient*
 - *Identification du patient (OIS)*
3. **Parcours du patient**
 - *Accès et continuité des soins*
 - *Accueil*
 - *Evaluation médicale et sociale*
 - *Prises en charge spécifiques (urgences, réanimation, urgences vitales dans l'établissement, gynéco-obstétrique, oncologie, fin de vie...)*
 - *Education sanitaire et thérapeutique*
 - *Sortie*
4. **Circuit du médicament et prise en charge médicamenteuse (OIS)**
5. **Biologie**
6. **Sécurité transfusionnelle**
7. **Imagerie**
8. **Bloc opératoire (OIS)**

Management de la qualité et gestion des risques

- **Chapitre III**
- **Domaines : 7 / Total 23**
- **Références : 37 / Total 135**
- **Références Prioritaires : 8 / Total 41**
- **Objectifs Internationaux de Sécurité : 3 / Total 6**

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 1 : Management de la qualité et de la gestion des risques (QGR)

- ➔ **Référence QGR 1** : La démarche qualité - gestion des risques est structurée et un coordonnateur qualité - gestion des risques est désigné (PEP)
- **Référence QGR 2** : L'établissement a défini un projet et une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques
- ➔ **Référence QGR 3** : La gestion documentaire est organisée
- **Référence QGR 4** : La formation des professionnels à la qualité et gestion des risques est assurée

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 1 : Management de la qualité et de la gestion des risques (QGR)

- **Référence QGR 5** : Un programme d'amélioration continue de la qualité - gestion des risques est formalisé et déployé dans les secteurs d'activité
- **Référence QGR 6** : La gestion prospective et rétrospective des risques est organisée et mise en œuvre
- **Référence QGR 7** : Les événements indésirables (EI) sont signalés, recueillis, analysés et font l'objet d'un traitement adapté
- **Référence QGR 8** : La gestion de crise est organisée

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 2 : Gestion du risque infectieux (GRI)

- **Référence GRI 1.** Un dispositif de gestion du risque infectieux est en place
- **Référence GRI 2.** Un système structuré de surveillance des infections associées aux soins est en place
- **Référence GRI 3.** La formation et la sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques d'hygiène hospitalière est assurée
- **Référence GRI 4.** Une stratégie de promotion de l'hygiène des mains est formalisée et mise en œuvre
- **Référence GRI 5.** Une politique de bon usage des antibiotiques est définie et mise en œuvre

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 2 : Gestion du risque infectieux (GRI)

- **Référence GRI 6.** Un dispositif permettant la détection précoce, l'investigation et la maîtrise de tout phénomène épidémique nosocomial est en place
- **➔ Référence GRI 7.** Les techniques de soins à risque infectieux élevé sont identifiées et font l'objet de procédures spécifiques
- **Référence GRI 8.** La prévention des accidents d'exposition au sang et de leurs conséquences est assurée
- **Référence GRI 9.** Un dispositif d'évaluation des ressources et pratiques d'hygiène hospitalière est défini et mis en œuvre

Management de la qualité et gestion des risques

- **Domaine 3 : Qualité et sécurité de l'environnement (QSE)**
- **Référence QSE 1.** Une organisation permettant le contrôle et la maîtrise de la qualité de l'air est en place
- **Référence QSE 2.** Une démarche globale de gestion de la qualité de l'eau est en place
- **Référence QSE 3.** La sécurité sanitaire des aliments servis dans l'établissement est assurée
- **Référence QSE 4.** La gestion du linge est assurée dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité
- **Référence QSE 5.** Une organisation permettant le respect des bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux est en place

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 3 : Qualité et sécurité de l'environnement (QSE)

- **Référence QSE 6.** L'entretien des locaux (y compris les parties communes et les locaux de stockage des DAS) et des surfaces est assuré dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité
- **Référence QSE 7.** La gestion des déchets d'activités de soins est assurée dans le respect des règles d'hygiène et de sécurité
- **Référence QSE 8.** La présence de nuisibles est contrôlée
- **Référence QSE 9.** Un plan de réhabilitation et d'entretien des espaces verts est en place

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 4 : Communication intra et inter-équipe (CIE)

- **Référence CIE 1** : Des règles standardisées sont définies et appliquées dans l'établissement pour assurer la communication au sein et entre les équipes et lors des transferts de patient entre les services
- **Référence CIE 2** : L'établissement met en place une procédure pour sécuriser les communications orales et téléphoniques entre les soignants
- **Référence CIE 3** : L'établissement met en œuvre une procédure de déclaration immédiate des résultats critiques des examens biologiques (PEP)

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 5 : La prévention des chutes (PC)

- **Référence PC 1.** La direction de l'établissement définit et met en place une politique de prévention des chutes
- **Référence PC 2.** La politique de prévention des chutes est régulièrement évaluée

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 6 : Vigilances sanitaires (VS)

- ➔ **Référence VS1.** : Une organisation est mise en place au sein de l'établissement pour assurer l'hémovigilance (PEP)
- **Référence VS2.** : La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est assurée
- **Référence VS3.** : Une organisation permettant de répondre à une alerte sanitaire est en place

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine 7 : Evaluation de la satisfaction des usagers (ESU)

- **Référence ESU 1.** Un dispositif d'évaluation de la satisfaction des usagers est défini et mis en œuvre
- **Référence ESU 2.** La gestion des plaintes et des réclamations est organisée
- **Référence ESU 3.** Les délais d'attente sont analysés et des actions d'amélioration sont entreprises

Management de la qualité et gestion des risques

Domaine	Références	Références Prioritaires
Domaine 1 : Management de la qualité et de la gestion des risques (QGR)	8	2
Domaine 2 : Gestion du risque infectieux (GRI)	9	3
Domaine 3 : Qualité et sécurité de l'environnement (QSE)	9	1
Domaine 4 : Communication intra et inter-équipe (CIE)	3	1
Domaine 5 : La prévention des chutes (PC)	2	Aucune
Domaine 6 : Vigilances sanitaires (VS)	3	1
Domaine 7 : Evaluation de la satisfaction des usagers (ESU)	3	Aucune

Conclusion

- Le manuel d'accréditation est un support qui permettra aux établissements de santé de structurer les démarches qualité et gestion des risques.
- L'Accréditation des établissements de santé est un moyen garantissant:
 - ✓ l'organisation des ressources
 - ✓ la structuration des démarches qualité et gestion des risques
 - ✓ les droits des patients
 - ✓ la sécurité des patients
 - ✓ Bien être des soignants

INSTANCE NATIONALE DE L'ACCREDITATION EN SANTE

الهيئة الوطنية للاعتماد
في المجال الصحي

INASanté



Merci!

7 bis rue Ahmed Rami, 1002 Tunis-Belvédère.

7 مكرر نهج أحمد رامي، 1002 تونس-البلد في دي.

Tél. : (+216) 71 10 46 11 - (+216) 71 10 46 12

: الهاتف

Fax : (+216) 71 10 46 57

: الفاكس

Site web : www.inasante.tn

: الموقع الإلكتروني