



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: <http://france.elsevier.com/direct/REAURG/>



MISE AU POINT

L'accréditation des équipes à risque ICU medical staff accreditation

K. Kuteifan

Service de réanimation médicale, hôpital Émile-Muller, 20, avenue du Dr-Laennec, 68070 Mulhouse cedex, France

Disponible sur Internet le 26 juin 2008

MOTS CLÉS

Accréditation des médecins ;
Gestion de risque ;
Événements indésirables

KEYWORDS

Medical staff accreditation;
Risk management;
Adverse events

Résumé L'accréditation des médecins est une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles, centrée sur la gestion des risques. Son enjeu majeur est la réduction du nombre ou de la sévérité des événements indésirables liés aux soins par le recueil et l'analyse des événements porteurs de risques médicaux. Elle permet de mesurer et d'analyser les situations à risque qui favorisent la survenue de ces événements, afin de formuler des recommandations individuelles ou générales et produire des référentiels risques. L'introduction ou le renforcement de la culture de gestion de risque participe à l'amélioration de la qualité de soins en réanimation. © 2008 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Medical staff accreditation is a procedure that consists of assessing physician's practice regarding developed and adapted strategies to handle potential risks. The overall goal of this project is to reduce the incidence and severity of adverse events related to health care by reporting and analysing high risk situations. The assessment and feedback of reports will elaborate the design of interventions needed to improve patient safety. Individual or general guidelines can thus be produced, leading to quality-improved intensive care unit practice. © 2008 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Le dispositif d'accréditation des médecins et des équipes médicales trouve son origine dans le projet RESIRISQ. Ce projet a été développé à l'initiative des médecins libéraux concernés (anesthésistes-réanimateurs, gynécologues-obstétriciens et chirurgiens) en vue de trouver une réponse à la hausse des primes d'assurance en responsabilité civile médicale. En donnant à ce projet un support légal, l'article 16 de la loi du 13 août 2004 en a étendu le bénéfice à toutes

les spécialités et activités médicales dites « à risque » en établissements de santé, quel que soit le mode d'exercice (échographie obstétricale, gynécologie-obstétrique, chirurgie, anesthésie-réanimation, réanimation médicale et spécialités interventionnelles). La décision du collège de la Haute Autorité de santé (HAS) définissant les modalités de mise en œuvre ainsi que le cahier des charges destiné aux organismes candidats à l'agrément ont été publiés le 17 octobre 2006.

Il s'agit d'une démarche de gestion des risques fondée sur la déclaration, par les médecins, des événements porteurs de risques médicaux (EPR). Cette démarche est organisée par des organismes agréés (OA), par la HAS, pour

Adresse e-mail : kuteifank@ch-mulhouse.fr.

l'accréditation. Les OA gèrent le dispositif, notamment l'instruction et l'évaluation des demandes d'accréditation des médecins, ainsi que la gestion des risques en organisant le recueil et l'analyse des déclarations d'EPR en vue de leur exploitation et l'élaboration de recommandations de réductions des risques.

Les EPR

Les événements considérés comme EPR sont les événements indésirables (EI) à l'exclusion des événements indésirables graves mentionnés à l'article L. 1413-14 du Code de la santé publique. Les EI sont des situations qui s'écartent de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui sont ou qui seraient potentiellement sources de dommages. Il existe plusieurs types d'EI : dysfonctionnement (non-conformité, anomalie, défaut), incident, événement sentinelle, précurseur, presque accident ou accident.

Quel est l'intérêt de la démarche ?

Les EI liés aux soins, en réanimation, sont extrêmement fréquents. L'incidence est estimée à 1,7 EI par patient, par jour [1]. Vingt-neuf pour cent de ces EI sont potentiellement graves. L'enquête nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS), menée entre avril et juin 2004, a retrouvé une densité d'incidence d'EI graves de 10,1 % pour 1000 jours d'hospitalisation en réanimation chirurgicale, 7,4 % pour 1000 jours d'hospitalisation en réanimation médicale et 6,3 % pour 1000 jours d'hospitalisation en réanimation polyvalente [2]. Près de deux événements sur cinq ont été considérés comme évitables.

Les services de réanimation sont considérés comme des systèmes complexes où le patient nécessite des interventions multiples, par plusieurs acteurs, qui utilisent des technologies variées et de nombreux médicaments. Cet environnement favorise la survenue des EI [3]. En 1999, le rapport de l'institut de médecine, aux États-Unis, insiste sur le rôle important des registres de déclaration des EI dans la compréhension et la prévention de leurs survenues [4]. Le monde industriel a mis en place des registres de déclaration, confidentiels ou anonymes, des incidents et accidents dans plusieurs domaines : nucléaire, pétrochimique, militaire ou aviation civile [5]. L'analyse de ces registres montre que la déclaration des « incidents » ou « presque accidents », à cause de leur plus grande fréquence et une détection plus facile des barrières de récupération, est plus utile que la déclaration des EI [6]. L'aspect volontaire des déclarations joue un rôle majeur dans son efficacité [7]. Quand la déclaration volontaire détecte 54 EI liés aux médicaments, le système de déclaration obligatoire en détecte seulement trois [8].

Le système de déclaration d'EPR de la HAS permettrait de profiter d'une base de données alimentée par des médecins volontaires, avec un traitement approprié réalisé par les spécialités concernées. Notre discipline pourrait en tirer profit à plus long terme à condition que notre engagement en tant que médecins, équipes médicales et organes officiels, scientifiques et professionnels, soit d'envergure.

L'organisme agréé

Le conseil d'administration (CA) de la Société de réanimation de langue française (SRLF) a considéré la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et d'accréditation comme prioritaire pour notre discipline. Il a obtenu auprès de la HAS l'agrément pour un organisme agréé pour l'accréditation qui s'appelle l'Organisme agréé de réanimation de langue française (OARLF). Cet organisme est composé d'un comité de gouvernance, d'un comité scientifique, d'un groupe de pilotage et d'un groupe d'experts. Le comité de gouvernance réunit toutes les composantes de la réanimation médicale : la SRLF, le Syndicat national des médecins réanimateurs des hôpitaux publics (SNMRHP), le Collège des médecins de réanimation et d'urgence des hôpitaux extra-universitaires de France (CREUF), le Collège national des enseignants de réanimation médicale (CNERM), le Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (GFRUP) ainsi que l'Association des réanimateurs du secteur privé (ARDSP). Ce comité élabore la politique de gouvernance professionnelle. Le comité scientifique élabore les référentiels, notamment le référentiel risque, et les méthodes, notamment de l'EPP. Il est composé de membres issus des commissions d'évaluation et des référentiels (CRE) de la SRLF. Le groupe de pilotage est formé de réanimateurs experts du domaine de la qualité et de réanimateurs formés à la gestion des risques. Il comporte au moins deux membres du CA de la SRLF. Ses membres sont nommés par le comité de gouvernance sur proposition du chef du groupe, qui lui-même est missionné par le CA de la SRLF. Ce groupe a pour mission d'animer et mettre en œuvre l'ensemble du dispositif d'accréditation. Le groupe d'experts est constitué de membres de la SRLF, formés par la HAS pour instruire les demandes d'engagement des médecins, analyser les déclarations d'EPR et contribuer à la gestion et à l'élaboration du référentiel risque de la réanimation médicale.

Le référentiel risque

Il est composé de l'ensemble des documents de référence sur la gestion des risques de la spécialité. Il comprend une cartographie des risques, la référence des recommandations pour la pratique clinique (RPC), qui contribuent à la sécurité des pratiques. Il intègre les items réglementaires, les recommandations de réduction des risques (3R) publiées, des liens sur les 3R interspécialités disponibles ainsi que les prérequis (incontournables pour participer à la démarche) et le programme choisi par l'OARLF. Ce référentiel (en cours d'élaboration) doit être approuvé par la HAS avant application et sera consultable par tous les réanimateurs.

L'accréditation en pratique

Rappelons d'abord que c'est une démarche volontaire qui vaut l'EPP dans le décompte des points de formation médicale continue. Elle concerne tous les médecins travaillant dans une unité ou un service de réanimation (définis selon le décret du 05 avril 2002). Le médecin qui souhaite s'engager dans la démarche déclare sa demande sur le

portail dédié du site de la HAS (<https://www.accreditation-des-medecins.fr/public/>), en renseignant ses coordonnées personnelles et professionnelles. Il s'engage à participer à un programme d'EPP de l'OARLF et au niveau de son établissement à l'EPP et la gestion des risques, de mettre en œuvre les recommandations individuelles et générales de la réanimation médicale et de participer à un bilan annuel. Cette demande sera attribuée à un expert par le groupe de pilotage de l'OARLF. L'expert aura en charge d'évaluer la demande et d'analyser, par la suite, les EPR déclarés et proposera au médecin les recommandations en rapport avec les EPR déclarés. L'expert propose la validation, ou non, de l'accréditation du médecin, qui sera transmise, après accord du groupe de pilotage et du comité de gouvernance, à la HAS. La validation de l'accréditation est valable pendant quatre ans.

La déclaration d'un EPR comprend la nature de l'événement ou de l'acte médical, la recherche de causes immédiates, les conséquences réelles et potentielles sur le patient et l'évitabilité de l'événement. L'expert doit vérifier qu'il s'agit bien d'un EPR et vérifie l'exhaustivité des informations (description, causes, conséquences). Il contacte le médecin si nécessaire et met à jour la déclaration, réalise si besoin une analyse approfondie (rechercher toutes les causes de l'événement déclaré) et recherche dans le référentiel risque toute recommandation qui aurait pu permettre d'éviter l'événement.

Le médecin engagé doit déclarer des EPR ciblés et des EPR non ciblés. Un EPR ciblé est une situation à risque sur laquelle la spécialité veut approfondir sa connaissance ou en mesurer l'évolution. Par souci de simplification au démarrage de la démarche, le comité de gouvernance et le groupe de pilotage de l'OARLF ont choisi comme EPR ciblé l'extubation non programmée et l'erreur de prescription d'anticoagulants. Ce choix a été fait à partir des résultats de l'étude multicentrique française Iatref, où ces deux EPR présentent une fréquence et une gravité importantes [9]. Pour les deux premières années le médecin doit déclarer un EPR ciblé et un EPR non ciblé par an. La discipline de réanimation étant une activité d'équipe, l'OARLF recommande l'engagement de tous les médecins appartenant à un service dans la démarche. À partir des scénarios déclarés pour l'EPR ciblé, les experts et la CRE vont pouvoir proposer des mesures visant à réduire le risque d'extubation accidentelle ou l'erreur de prescription d'anticoagulants. Les EPR non ciblés déclarés permettraient l'identification de nouvelles situations à risque à traiter.

Circuits de déclaration des EPR

La déclaration d'un EPR est faite soit directement auprès de l'OARLF, soit par l'intermédiaire d'une instance médicale créée à cet effet par le règlement intérieur de l'établissement et dont les membres sont nommés par la commission médicale d'établissement (CME). Cette instance transmet les EPR à l'OARLF. Cette seconde voie à l'avantage de mettre en synergie les démarches de gestion des risques des médecins et des établissements de santé dans l'analyse des EPR, l'évaluation des risques liés aux soins, la recherche et la mise en œuvre des actions d'amélioration et la mise

en œuvre des recommandations. La HAS propose aux médecins et aux établissements de santé une charte, accessible sur le site de la HAS, qui définit les règles de fonctionnement, de partage de l'information et de confidentialité. La signature de la charte par le médecin, le représentant légal de l'établissement de santé et le président de la CME est fortement recommandée.

Limites du dispositif en réanimation

L'engagement des médecins libéraux dans l'accréditation permet une participation financière substantielle de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) à leur souscription de l'assurance en responsabilité civile professionnelle et au financement des organismes agréés sous certaines conditions. Elle contribue, par ailleurs, à la part variable de la rémunération des praticiens hospitaliers de chirurgie (arrêté du 28 mars 2007). Pour les spécialités dont les membres sont majoritairement hospitaliers, comme la réanimation médicale, aucune source de financement n'est encore prévue. Cette situation met l'OARLF en difficulté de fonctionnement pérenne. Le financement de l'OARLF pour ces activités EPP et accréditation est assuré par la SRLF exclusivement. En attendant d'autres sources de financement, il sera peut-être nécessaire de demander une cotisation spécifique pour les médecins désireux de s'engager dans l'une ou l'autre démarche.

Conclusion

L'objectif de l'accréditation est la mise en place d'un dispositif national de gestion des risques pour prévenir ou limiter les conséquences des EI médicaux. Ce dispositif est fondé sur la déclaration volontaire des EPR médicaux par les médecins. Il doit permettre aux établissements de santé, médecins et équipes médicales de prendre toutes les mesures utiles pour prévenir la survenue d'EI liés aux soins ou en limiter les effets. L'engagement des équipes des services de réanimation dans cette démarche est important afin de mesurer et contrôler la survenue des EI, favorisée par un environnement complexe où l'interaction de l'homme avec les techniques et les structures est constante.

Références

- [1] Donchin Y, Gopher D, Olin M, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* 1995;23:294–300.
- [2] Michel P, Quenon JL, Djihoud A, et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé. *Etud resultats* 2005;398.
- [3] Pronovost P, Jenckes MW, Dorman T, et al. Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. *JAMA* 1999;281:1310–7.
- [4] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 1999. p. 156.
- [5] Barach P, Small SD, Kaplan H. Designing a confidential safety reporting system: In depth review of thirty major medical incident reporting systems, and near-miss safety reporting systems in the nuclear, aviation, and petrochemical industries. *Anesthesiology* 1999;91:A1209.

- [6] Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: Lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000;320:759–63.
- [7] Weingart SN, Ship AN, Aronson MD. Confidential clinician-reported surveillance of adverse events among medical inpatients. *J Gen Intern Med* 2000;15:470–7.
- [8] Cullen DJ, Bates DW, Small SD, et al. The incident reporting system does not detect adverse drug events – a problem for quality improvement. *Jt Comm J Qual Improv* 1995;21: 541–8.
- [9] Soufir L. Twentieth congress of European Society of Intensive Care Medicine. Berlin; 2007 [abstract].