

*Questions « tendance »:*

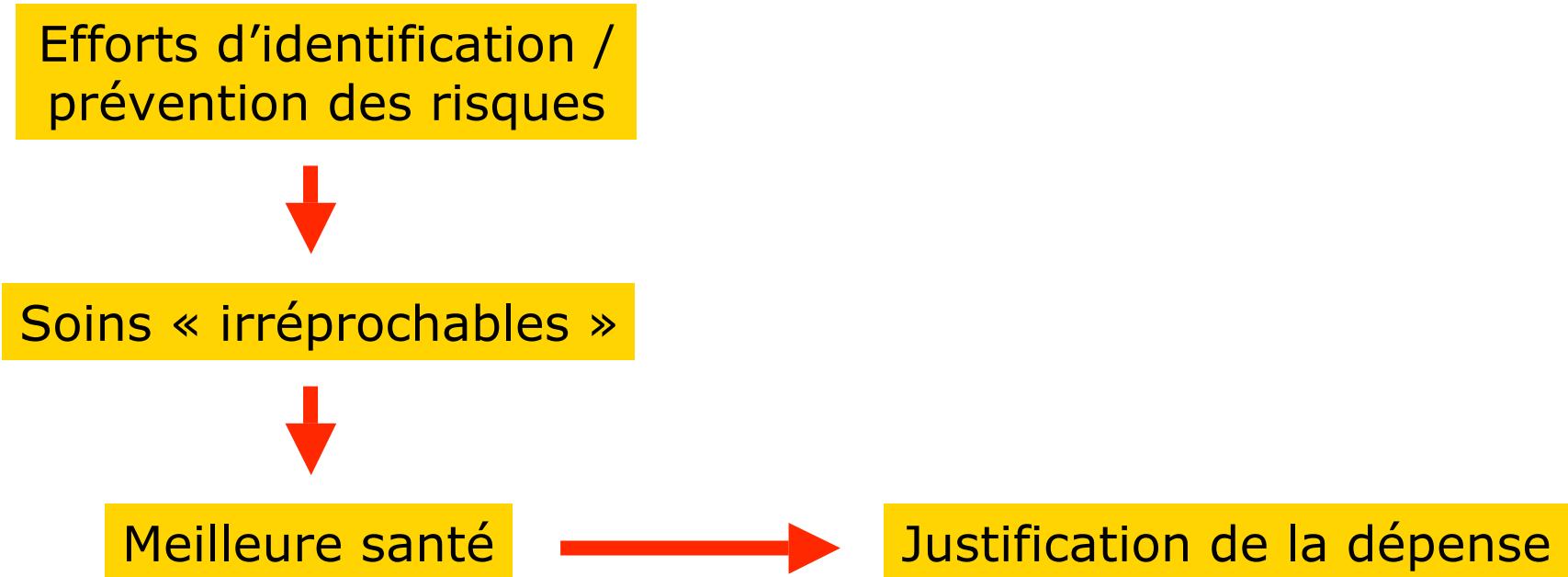
**COMMENT MESURER LA QUALITE  
DANS UN CENTRE D'ENDOSCOPIE**

# Arrière-plan objectif:

La sécurité des patients : données internationales

- *10% (4-16%) des patients hospitalisés présentent des complications liées au processus de prise en charge et non à la maladie*
  - *30% sont graves*
    - 8ème cause de mortalité aux USA
  - *40-60% sont évitables*
  - *Trois grandes causes : Médicaments, Infections nosocomiales, **Actes invasifs et chirurgicaux***
- 
- USA, Australie, Grande Bretagne, Nouvelle Zélande, Danemark, Canada
    - Analyse rétrospective des dossiers médicaux

# Arrière-plan idéologique et économique: la « santé parfaite » et la juste allocation des ressources



# Qu'est-ce que la qualité?

- **3 composantes**

- **la structure**

- Le plateau technique
    - Le personnel médical et non médical
    - Le matériel

- **Les « process »**

- L'acte endoscopique
      - Pré-procédure
      - Intra-procédure
      - Post-procédure
    - L'organisation fonctionnelle
    - La gestion des risques

- **Le résultat (outcome)**

- efficacité
    - Morbidité-mortalité
    - Satisfaction
    - Coût-efficacité

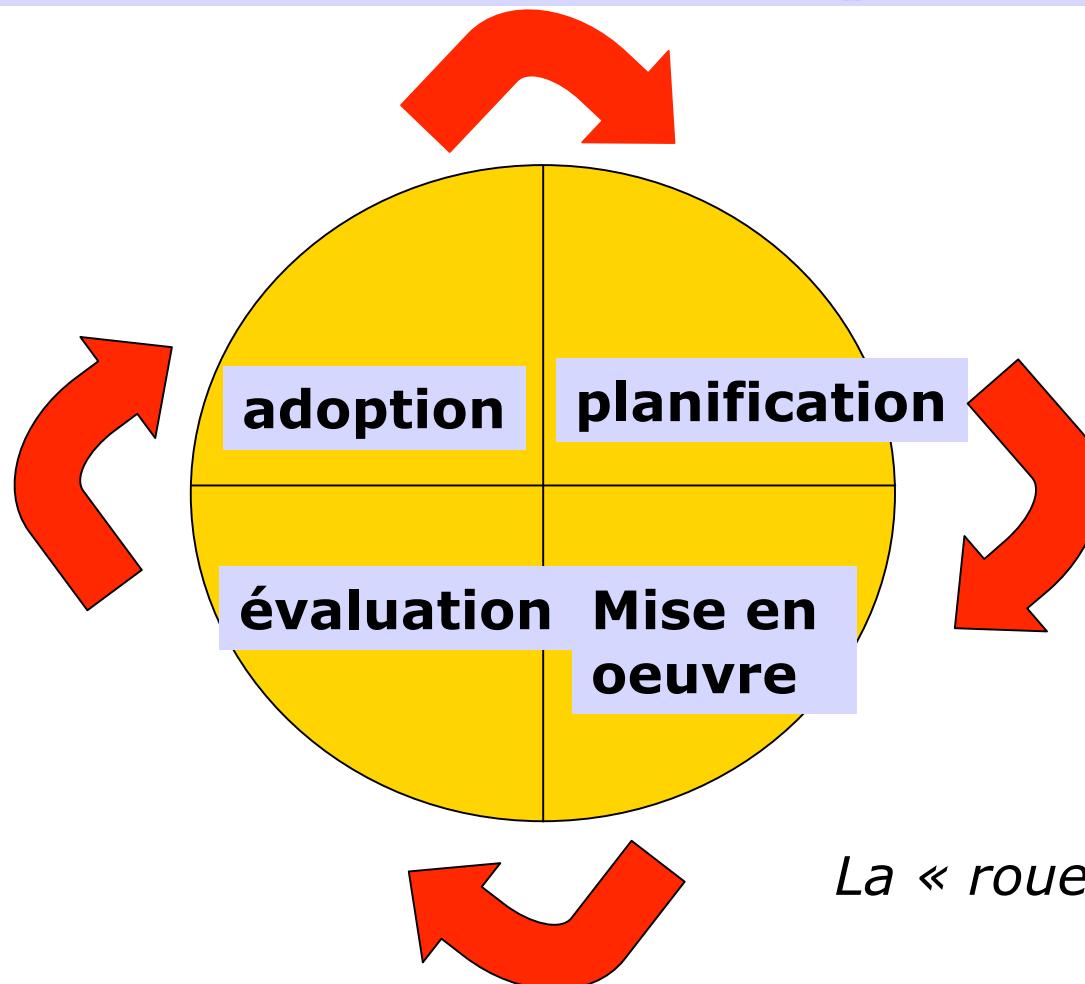
## **Quelles sont les ressources du système affectant la qualité?**

- 4 types
  - Humaines
  - Technologiques
  - Informationnelles / Communicationnelles
  - Financières

# **Quelles sont les méthodes de mesure et d'amélioration de la qualité?**

- L'assurance qualité (QA)
  - Procédure accusatoire (réduire les mauvais résultats)
  - Efficacité douteuse
- Le management qualité totale (TQM)(Toyota)
  - Étude continue et amélioration à chaque étape de la production, crée l'environnement pour:
- L'amélioration continue de la qualité (CQI)
  - Objectif = émulation par le bon résultat
  - Approche systématique, non sanctionnante
  - Implication de tous les acteurs

# Le processus d'amélioration continue de la qualité



*La « roue de Deming »*

# **Que nous impose la loi française?**

- Loi de sécurité sanitaire (1998): déclaration des évènements iatrogènes et infections nosocomiales
- Démarche d'accréditation/certification (manuel v2: approche globale intégrant gestion des risques, étude des processus, EPP)
- Loi du 4 mars 2002 (droits des malades)
- Circulaire du 2 mars 2004 (programme de gestion des risques en lien avec la HAS)

# **Applications en endoscopie**

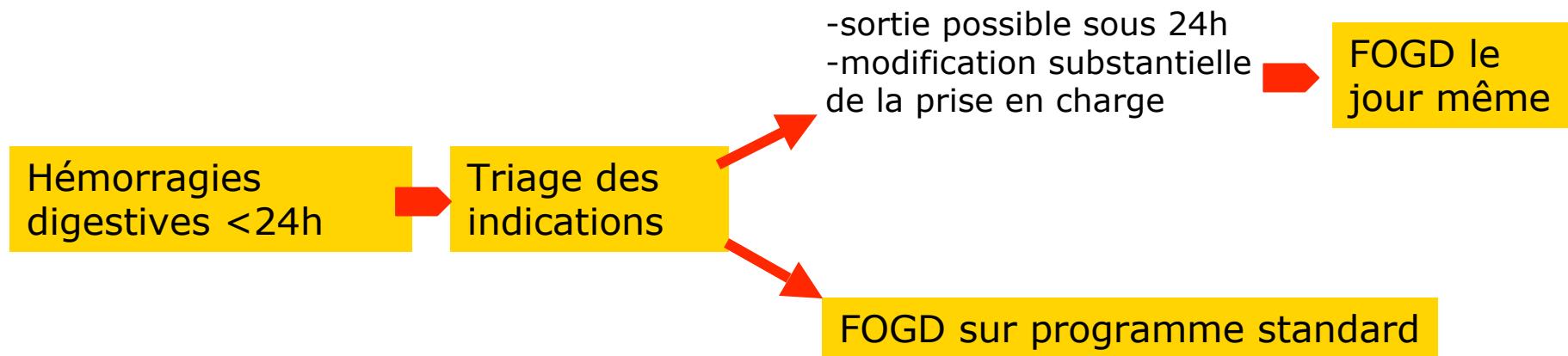
- Action sur la structure et l'organisation
- Action sur la réalisation de l'acte:
  - Choix des indicateurs
- Action sur le résultat
  - Revues morbidité-mortalité (RMM)

# **Applications en endoscopie -1-**

- Action sur la structure et l'organisation
- Action sur la réalisation de l'acte:
  - Choix des indicateurs
- Action sur le résultat
  - Revues morbidité-mortalité (RMM)

# Exemple d'action sur la structure (et le circuit du patient):

Dévolution d'une sous-unité au triage des endoscopies urgentes



- *Cost minimization in endoscopy center scheduling: a case-controlled study. Northup PG and Berg CL. J Clin Gastroenterol 2005:*

# Exemple d'action sur l'organisation: check-lists

Vérification des éléments nécessaires avant la pratique de l'endoscopie :

- Patient à jeun
- Ablation des prothèses dentaires
- Perfusion au bras droit
- Notion de Pace - maker
- Dossier comprenant :
  - Demande d'examen avec motif de la demande
  - consultation d'anesthésie
  - Fiche Information du patient et Questionnaires CJ
  - Hémostase (NFS – pla – TP –TCK) pour coloscopie ou gestes thérapeutiques
  - Prise d'AINS, aspirine, AVK, anti-agrégants plaquettaires
  - Si oui, dernière prise et le nom du médicament :
    - Antibioprophylaxie
    - Etiquettes
  - Modalités du retour domicile si besoin

# **Applications en endoscopie -2-**

- Action sur la structure et l'organisation
- Action sur la réalisation de l'acte:
  - Choix des indicateurs
    - Endoscopie haute
    - Echoendoscopie
    - CPRE
    - Coloscopie
- Action sur le résultat
  - Revues morbidité-mortalité (RMM)

# Applications en endoscopie: indicateurs potentiels en FOGD

Table 3. Summary of Proposed Quality Indicators for EGD\*

Quality Indicator	Grade of Recommendation
1. Accepted indication(s) is provided before performance of EGD.	1C+
2. Informed consent is obtained, including specific discussion of risks associated with EGD.	3
3. Prophylactic antibiotics are given in patients with cirrhosis with acute upper GI bleeding who undergo EGD.	1A
4. Prophylactic antibiotics are given before placement of a PEG.	1A
5. Complete examination of the esophagus stomach and duodenum, including retroflexion in the stomach.	2C
6. Biopsy specimens are taken of gastric ulcers.	1C
7. Barrett's esophagus is measured when present, with the location of the gastroesophageal junction and squamocolumnar junction in centimeters from the incisors being documented.	3
8. Biopsy specimens are obtained in all cases of suspected Barrett's esophagus.	3
9. Type of upper GI bleeding lesion is described and location is documented. For peptic ulcers, at least one of the following stigmata is noted: active bleeding, nonbleeding, nonbleeding visible vessels (pigmented protuberance), adherent clot, flat spot, cleaned based.	3
10. Unless contraindicated, endoscopic treatment is given to ulcers with active bleeding or with nonbleeding visible vessels.	1A
11. In cases of attempted hemostasis of upper GI bleeding lesions, whether hemostasis has been achieved is clearly documented.	3
12. When epinephrine injection is used to treat nonvariceal upper GI bleeding or nonbleeding visible vessels, a second treatment modality is used (e.g., coagulation or clipping).	1A
13. Variceal ligation is used for endoscopic treatment of esophageal varices.	1A
14. Written instructions, which include particular signs and symptoms to watch for after EGD, are provided to the patient on discharge.	3
15. In patients undergoing dilation for peptic esophageal strictures, PPI therapy is recommended.	1A
16. Patients diagnosed with gastric or duodenal ulcers are instructed to take PPI medication or an H <sub>2</sub> antagonist.	1A
17. Patients diagnosed with gastric or duodenal ulcers have documented plans to test for the presence of <i>H pylori</i> infection.	1A
18. Rebleeding rates after endoscopic hemostasis are measured.	1C+

**ASGE/ACG taskforce on quality in Endoscopy:  
GIE, april 2006, Am J Gastroenterol, april 2006**

**Table 2. Indications and Contraindications for EGD**

EGD is generally indicated for evaluating	A. Upper abdominal symptoms that persist despite an appropriate trial of therapy B. Upper abdominal symptoms associated with other symptoms or signs suggesting serious organic disease (e.g., anorexia and weight loss) or in patients >45 years old C. Dysphagia or odynophagia D. Esophageal reflux symptoms that are persistent or recurrent despite appropriate therapy E. Persistent vomiting of unknown cause F. Other diseases in which the presence of upper GI pathologic conditions might modify other planned management (examples include patients who have a history of ulcer or GI bleeding who are scheduled for organ transplantation, long-term anticoagulation, or long-term nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy for arthritis, and those with cancer of the head and neck) G. Familial adenomatous polyposis syndromes H. For confirmation and specific histologic diagnosis of radiologically demonstrated lesions 1. Suspected neoplastic lesion 2. Gastric or esophageal ulcer 3. Upper tract stricture or obstruction I. GI bleeding 1. In patients with active or recent bleeding 2. For presumed chronic blood loss and for iron deficiency anemia when the clinical situation suggests an upper GI source or when colonoscopy results are negative J. When sampling of tissue or fluid is indicated K. In patients with suspected portal hypertension to document or treat esophageal varices L. To assess acute injury after caustic ingestion M. Treatment of bleeding lesions such as ulcers, tumors, vascular abnormalities (e.g., electrocoagulation, heater probe, laser photocoagulation, or injection therapy) N. Banding or sclerotherapy of varices O. Removal of foreign bodies P. Removal of selected polypoid lesions Q. Placement of feeding or drainage tubes (peroral, percutaneous endoscopic gastrostomy, percutaneous endoscopic jejunostomy) R. Dilation of stenotic lesions (e.g., with transendoscopic balloon dilators or dilation systems using guidewires) S. Management of achalasia (e.g., botulinum toxin, balloon dilation) T. Palliative treatment of stenosing neoplasms (e.g., laser, multipolar electrocoagulation, stent placement)
EGD is generally not indicated for evaluating	A. Symptoms that are considered functional in origin (there are exceptions in which an endoscopic examination may be done once to rule out organic disease, especially if symptoms are unresponsive to therapy) B. Metastatic adenocarcinoma of unknown primary site when the results will not alter management C. Radiographic findings of 1. Asymptomatic or uncomplicated sliding hiatal hernia 2. Uncomplicated duodenal ulcer that has responded to therapy 3. Deformed duodenal bulb when symptoms are absent or respond adequately to ulcer therapy A. Surveillance for malignancy in patients with premalignant conditions (ie, Barrett's esophagus) A. Surveillance for malignancy in patients with gastric atrophy, pernicious anemia, or prior gastric operations for benign disease B. Surveillance of healed benign disease such as esophagitis or gastric or duodenal ulcer C. Surveillance during repeated dilations of benign strictures unless there is a change in status
Sequential or periodic EGD may be indicated	
Sequential or periodic EGD is generally not indicated for	

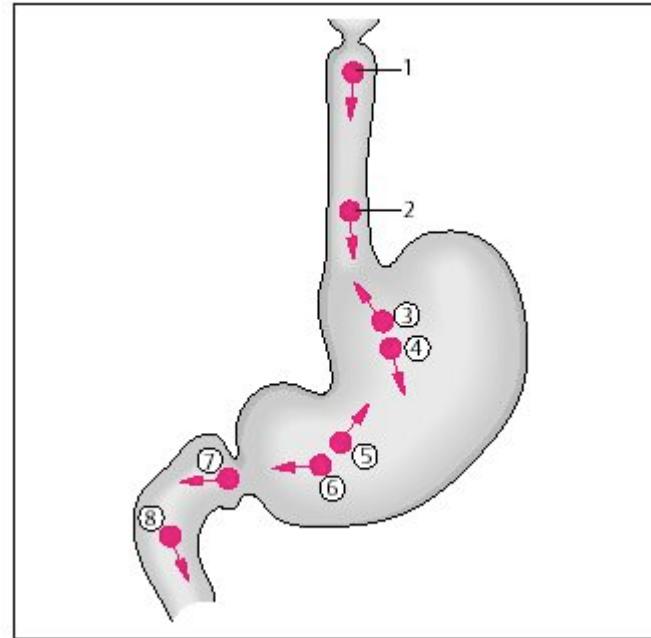
Respect des indications

**ASGE/ACG taskforce on quality in Endoscopy:  
GIE, april 2006, Am J Gastroenterol, april 2006**

# Choix d'indicateurs: documentation iconographique



1-4  
5-8



E.S.G.E. Guidelines

901

## ESGE Recommendations for Quality Control in Gastrointestinal Endoscopy: Guidelines for Image Documentation in Upper and Lower GI Endoscopy

J.-F. Rey<sup>1</sup>, R. Lambert<sup>2</sup> and the ESGE Quality Assurance Committee\*

<sup>1</sup>Dept. of Hepatology and Gastroenterology, A. Tzanck Institute, St. Laurent du Var, France

<sup>2</sup>International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

\*A. Axon, UK, S. O'Mahony, UK, A. Kruse, Denmark, J.-F. Rey, France

# Applications en endoscopie: indicateurs potentiels en Echoendoscopie

**Table 2.** Acceptable Indications for EUS According to the ASGE

1. Staging of tumors of the GI tract, pancreas, bile ducts, and mediastinum
2. Evaluating abnormalities of the GI tract wall or adjacent structures
3. Tissue sampling of lesions within, or adjacent to, the wall of the gastrointestinal tract
4. Evaluation of abnormalities of the pancreas, including masses, pseudocysts, and chronic pancreatitis
5. Evaluation of abnormalities of the biliary tree
6. Providing endoscopic therapy under ultrasonographic guidance

**Table 3.** Summary of Proposed Quality Indicators for Endoscopic Ultrasound\*

Quality Indicator	Grade of Recommendation
1. Proper indication	3
2. Proper consent	3
3. Prophylactic antibiotics	2C
4. Visualization of structures	3
A. In EUS for nonobstructing esophageal cancer, visualization of the celiac axis	
B. In EUS for evaluation of suspected pancreatic disease, visualization of the entire pancreas	
5. Description of abnormalities	3
A. Gastrointestinal cancers should be staged with the TNM staging system.	
B. Pancreatic mass measurements should be documented.	
C. The wall layers involved by subepithelial masses should be documented.	
6. When celiac axis lymph nodes are seen during EUS staging of a thoracic esophageal cancer, FNA is performed.	2C
7. The incidence of pancreatitis after EUS-FNA of the pancreas.	1C

Choix d'un indicateur en échoendoscopie: taux de positivité des ponctions sous échoendoscopie

- A Cochin, bilan annuel:
  - Nombre d'actes
  - Site ponctionné et indication
  - Correspondant
  - Opérateur
  - Anatomo-pathologiste
  - Résultat

# **Applications en endoscopie: indicateurs potentiels en CPRE**

**Table 4.** Summary of Proposed quality Indicators for ERCP\*

Quality Indicator	Grade of Recommendation
1. Appropriate indication	3
2. Informed consent	3
3. Assessment of procedural difficulty	3
4. Prophylactic antibiotics	2B
5. Cannulation rates	
Desired duct	1C
Use of precut	2C
6. Extraction of common bile duct stones	1C
7. Biliary stent placement	1C
8. Complete documentation	3
9. Complication rates: pancreatitis, bleeding, perforation, and cholangitis	1C

***ASGE/ACG taskforce on quality in Endoscopy:  
GIE, april 2006, Am J Gastroenterol, april 2006***

# Choix d'un indicateur en CPRE:



- Problème de la prestation externe et du suivi: envoi systématique à J30 d'une fiche d'information synthétique (projet)

## GROUPE HOSPITALIER COCHIN

SAINT-VINCENT DE PAUL  
27, rue du fg Saint-Jacques  
75679 PARIS Cedex 14  
Standard : 01 58 41 41 41

## SERVICE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE

Accueil : 01 58 41 19 57  
Consultation : 01 58 41 19 55  
Endoscopie : 01 58 41 19 54

Pr Stanislas CHAUSSADE  
Chef de Service  
Ligne directe : 01 58 41 19 20  
Secrétariat : 01 58 41 19 21

Dr Marianne GAUDRIC  
Ligne directe : 01 58 41 19 59  
Secrétariat : 01 58 41 19 67

Dr Sophie GRANDJOUAN  
Ligne directe : 01 58 41 19 53  
Secrétariat : 01 58 41 19 45

Dr Philippe PODEVIN  
Ligne directe : 01 58 41 19 71  
Secrétariat : 01 58 41 19 45

Dr Frédéric PRAT  
Ligne directe : 01 58 41 19 82  
Secrétariat : 01 58 41 19 67

Pr Philippe SOGNI  
Ligne directe : 01 58 41 19 64  
Secrétariat : 01 58 41 19 52

Dr Ariane CHRYSSOSTALIS  
Ligne directe : 01 58 41 19 49  
Secrétariat : 01 58 41 19 01

Dr Marianne MOZER  
Ligne directe : 01 58 41 19 66  
Secrétariat : 01 58 41 19 01

Dr Vered ABITBOL  
Ligne directe : 01 58 41 19 67

Dr Catherine BREZAULT  
Ligne directe : 01 58 41 19 49  
Secrétariat : 01 58 41 19 52

Secrétariat des Internes  
Ligne directe : 01 58 41 19 01

Cochin le \_\_\_\_\_

Cher collègue,

Vous avez bien voulu nous confier récemment M, Mme \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_\_\_ pour la réalisation d'une endoscopie bilio-pancréatique thérapeutique.

M, Mme \_\_\_\_\_ est retourné le jour même dans votre service.

Pouvez-vous nous renseigner sommairement sur les suites opératoires de cette intervention endoscopique, et notamment sur les points suivants :

- Suites simples
- Pancréatite aiguë
- Complication infectieuse
- Complication hémorragique
- Date de sortie de votre service
- retour à domicile
- transfert dans un autre service de soins aigus
- transfert en réanimation
- transfert en maison de convalescence

Dans le cas où une complication liée à l'intervention endoscopique aurait été constatée, pouvez-vous nous adresser un compte rendu d'hospitalisation ?

En vous remerciant de votre aide,

Bien cordialement,

# **Applications en endoscopie: indicateurs potentiels en coloscopie**

# Indicateurs potentiels en coloscopie

- Indication appropriée
- Consentement obtenu, avec discussion des risques spécifiques
- Respect des recommandations de surveillance (polypes, cancer, MICI)
- Documenter la qualité de préparation
- Taux d'intubation caecale avec photos
- Taux de détection d'adénomes chez les sujets à risque moyen
- Temps de retrait > 6mn pour coloscopie normale chez sujet normal
- Biopsies en cas de diarrhée chronique
- Nombre et distribution des biopsies en cas de MICI
- Résection en 1 temps des polypes pédiculés ou sessiles de <2cm
- Taux de perforation (indications diagnostiques vs thérapeutiques)
- Incidence de l'hémorragie post-polypectomie
- Traitement non-chirurgical de l'hémorragie post-polypectomie

# Choix d'indicateurs: documentation iconographique

- documentation médico-légale
- mesure du temps de retrait (photos caecum-anus)

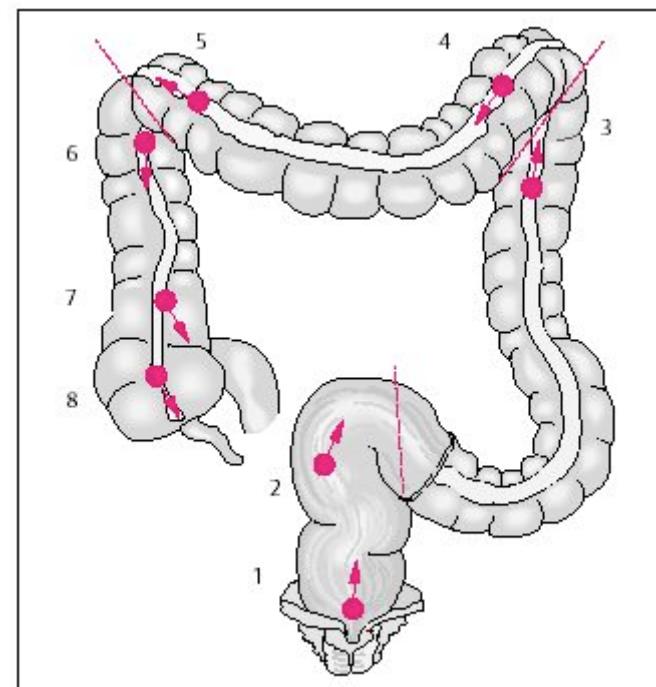


E.S.G.E. Guidelines

901

**ESGE Recommendations for Quality Control in  
Gastrointestinal Endoscopy: Guidelines for Image  
Documentation in Upper and Lower GI Endoscopy**

J.-F. Rey<sup>1</sup>, R. Lambert<sup>2</sup> and the ESGE Quality Assurance Committee\*



# Choix d'indicateurs:

PROTOCOLE COLOSCOPIE FACTEURS DE RISQUES : A JOINDRE CR COLOSCOPIE

Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ Date de la coloscopie : [ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ]

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Etiquette : \_\_\_\_\_

**INDICATION COLOSCOPIE :**

Rectorragies  SF Digestifs  Dépistage  Absence réponse traitement symptomatique

ATCD Fam cancer du colon 1<sup>e</sup> degré : OUI  NON  Avant 65ans  Oui  Non

ATCD Fam adenome colon 1<sup>e</sup> degré : OUI  NON  Avant 60ans  Oui  Non

HNPPC  MICI  PAF  Autres  : .....

ATCD personnel cancer colon  Date de diagnostic  Siège

ATCD personnel de polype : OUI  NON  Si oui colo Cochin

Date dernière coloscopie :

Résultat dernière coloscopie : Polype > 1cm  Polype avec dysplasie sévère ou cancer

Polype hyperplasique  Polype hyperplasique >1 cm  Mucosectomie

Polype avec %villeux >25%  nombre adénomes

**Anamnèse**

Sexe : M  F  Taille : [ \_\_\_ ] cm Poids : [ \_\_\_ ] kg

TABAC : fumeur actuel : OUI  NON  Si OUI, Depuis l'âge de [ \_\_\_ ] ans  
Nombre moyen de cigarettes, cigares, pipes/jour : [ \_\_\_ ]  
Si NON, ancien fumeur : Date de l'arrêt : [ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ]  
Si OUI ou NON, tabagisme cumulé en paquet/années : [ \_\_\_ ]

ALCOOL : OUI  NON  Si oui depuis : Gramme d'alcool / jour : \_\_\_\_\_

HTA OUI  NON  Si oui depuis : \_\_\_\_\_

DIABETE OUI  NON  Si oui depuis : \_\_\_\_\_

CHOLESTEROL OUI  NON  Si oui depuis : \_\_\_\_\_

CHOLECYSTECTOMIE OUI  NON  Si oui depuis : \_\_\_\_\_

MÉDICAMENTS :

Aspirine < 325mg	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui depuis : _____
AINS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui depuis : _____
> 3 / semaine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui depuis : _____
< 3 / semaine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui depuis : _____
> 3 / mois	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui depuis : _____
Anti HTA	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui Nom médicaments : _____
Anti diabétique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui Nom médicaments : _____
Statine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui Nom médicaments : _____
Dérives nitrés	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui Nom médicaments : _____
Antiagrégants	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui Nom médicaments : _____
AVK	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui Nom médicaments : _____

**Lors de l'examen**

Score ASA : \_\_\_\_\_ Périmètre ombilical : [ \_\_\_ ] cm

TA systolique [ \_\_\_ ] mmHg Diastolique [ \_\_\_ ] mmHg

*B. Prost*

Conformité aux indications,  
Respect des recommandations de surveillance

Risques patient,  
Outil de recherche clinique

ORIGINAL ARTICLE

## Colonoscopic Withdrawal Times and Adenoma Detection during Screening Colonoscopy

Robert L. Barclay, M.D., Joseph J. Vicari, M.D., Andrea S. Doughty, Ph.D.,  
John F. Johanson, M.D., and Roger L. Greenlaw, M.D.

Dec 2006 / 7882 coloscopies, 12 endoscopistes

-Adénomes: > 6mn = 28.3% vs. < 6mn = 11.8% P < 0.001

-Lésions avancées: > 6mn = 6.4% vs. < 6mn = 2.6% P = 0.005



**"Slow down, doc!  
Too-fast colonoscopies miss  
precancerous growths ..."**

# Qualité de la Coloscopie

## Exemple d'application en France

Indicators	Audit results	Standard values [reference]	Data in the literature [reference]
Median waiting time for the colonoscopy appointment	28 days		
Patients aged < 50 years	19.4%		30% [18, 32]
Information for examination adequate	98%	100%	
Complete files	97%	100%	
Informed consent	96%	100%	
Inappropriate procedures <sup>a</sup> (all indications)	9.7%	0%	6-32% [20, 32-34]
Inappropriate procedures <sup>b</sup> (screening)	10%	0%	17-44% [32, 34, 35]
Inappropriate procedures <sup>b</sup> (surveillance)	7%	0%	45-53% [32, 34-36]
Insufficient colon preparation	24%	0%	23-41% [12, 16, 37]
Withdrawal time ≥ 6 minutes	21.7%	100% [10]	
Forceps polypectomy	31%		
Non-recovered resected polyps	12%	< 5% [10]	

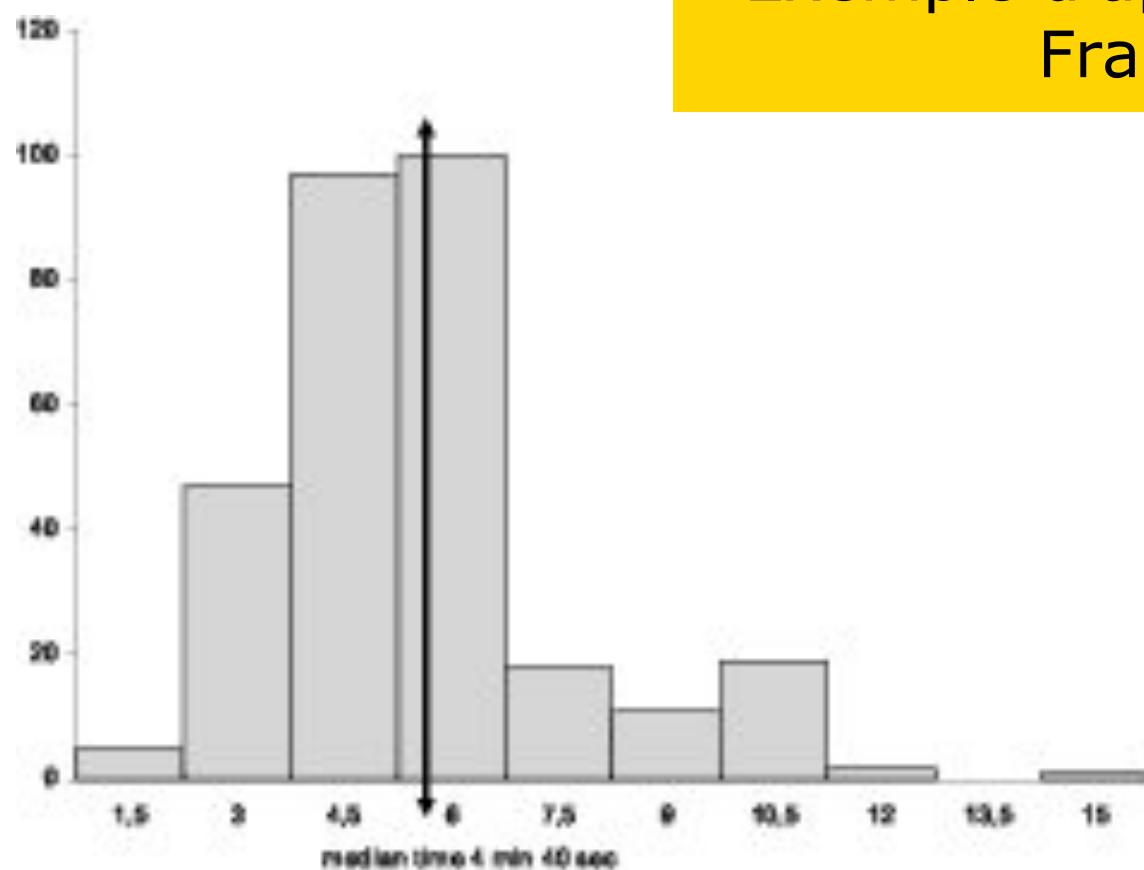
Denis et al, GCB 2004;28:1245-55

Indicators	Audit results	Standard values [reference]	Data in the literature [reference]
<b>Output indicators</b>			
Cecal intubation rate	92%	≥ 90% [10]	91-98% [38]
Polypectomy failures	2.6%		
Polyps ≥ 2 cm resected endoscopically	83%		84% [39]
Cancers	5.4%		2.1-4.5% [12, 17, 18, 32, 38]
Polyps	37%		24-34% [12, 17, 18, 38]
Proportion of adenomatous polyps	71%	70-75% [40, 41]	
Adenomas	28%	≥ 25% (men > 50 yr) [10] ≥ 15% (women > 50 yr) [10]	
Proportion of adenomas with vilous elements	22%	< 10% [10]	
Advanced adenomas	10%		3-10% [10, 32]
Significant neoplastic lesions (SNL)	14.6%		6-11% [17, 18, 42]
Normal procedures: N	54.2%		34-68% [4, 12, 16-18, 38]
N/SNL <sup>a</sup>	3.7		4.5-8.3 [17, 18]
<b>Outcome indicators</b>			
Mortality	0%	0%	0.01-0.05% [43]
Handicap	0%	0%	
Morbidity <sup>b</sup>	0.4%	0%	0.2-1% [43]
Discomfort <sup>c</sup>	6.9%	0%	13.7-15% [44, 45]
Overall dissatisfaction	4.2%	0%	6% [45]
Diagnostic success	89%	100%	
Therapeutic success	92%	100%	
Contributive procedure	94%	100%	

## Qualité de la Coloscopie: Exemple d'application en France

Denis et al, GCB 2004;28:1245-55

## Qualité de la Coloscopie: Exemple d'application en France



*Denis et al, GCB 2004;28:1245-55*

# **Applications en endoscopie**

- Action sur la structure et l'organisation
- Action sur la réalisation de l'acte:
  - Choix des indicateurs
- Action sur le résultat
  - Revues morbidité-mortalité (RMM)

# les RMM



L'organisation d'une RMM est définie dans un document écrit qui, précise au minimum :

- la périodicité des réunions et leur durée
- le mode et les critères de sélection des cas
- les participants aux réunions
- les règles de traçabilité et d'archivage des débats et des conclusions.

L'objectif est de :

- porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge ;
- s'interroger sur le caractère évitable de l'événement (morbide ou léthal) ;
- rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge.



La revue de mortalité morbidité permet de répondre à la référence 45 du manuel de la 2<sup>e</sup> procédure de certification (accréditation).

# Exemples d'outils RMM

<b>Exemple de fiche de repérage et de suivi des événements indésirables Réunion Mortalité-Morbidité</b>	
Le Version : Page :	Rédigée par : Vérifié par : Validé par :
<b>Cas n° :</b>	
Date décès ou événement :	Date réunion :
<b>Résumé</b>	
Evènement évitable ou non évitable	
<b><u>Actions proposées / responsable</u></b>	
<b><u>Suivi</u></b>	

# Les RMM améliorent les résultats

- Ces améliorations ont été mesurées dans plusieurs spécialités :
  - Sécurité périnatale (Papiernik, 2000)
    - Depuis 1989, toutes les maternités de Seine-Saint-Denis analysent tous les évènements indésirables (morts foetales et néonatales)
    - Avec une réduction de moitié de la mortalité périnatale en 5 ans
  - Anesthésie (Baele 1991)
  - Radiologie (Berthold 1998)
  - Neurochirurgie (Bonsanto 2001)
  - Traumatologie (Lozen 1995)
  - **Endoscopie digestive ( Denis 2003)**

## Etude de Denis et coll. GCB 2005: bilan de 2 ans de RMM

- 11744 actes endoscopiques
- Registres en libre emploi dans 5 unités (endoscopie et salles d'hospitalisation)
- Réunions mensuelles (5 PH et 2 cadres infirmiers) avec revue rétrospective informelle
- 79 complications analysées

*Denis et coll, GCB 2005*

# Bilan RMM

Gravity of the complication (Fleisher et al. [8])	Patients, N (%)
Not life threatening: no sequelae; absence of invasive procedure (grade I)	51 (65)
Potentially life threatening: invasive procedure necessary; absence of sequelae (grade IIa)	17 (22)
Potentially life threatening: surgery necessary; absence of sequelae (grade IIb)	7 (9)
Residual sequelae despite treatment (grade III)	2 (3)
Death (grade IV)	2 (3)
Cause of complication according to McGuire et al. [3]	
Related to underlying disease or its progression	4 (5)
Random event unrelated to the disease or the endoscopic procedure	0 (0)
Inherent risk of necessary endoscopic procedure correctly performed	48 (61)
Medical error	22 (28)
Error attributed to personnel	4 (5)
Error attributed to material	1 (1)
Error attributed to an organizational problem	0 (0)
Unknown cause	0 (0)
Indication for endoscopy	
Warranted	78 (99)
Questionable	0 (0)
Not warranted	1 (1)
Avoidability of the complication	
Avoidable	10 (13)
Probably avoidable	19 (24)
Probably unavoidable	20 (25)
Unavoidable	30 (38)

*Denis et coll, GCB 2005*

# Limites des RMM

- Suivi partiel (correspondants extérieurs)
- Manque d'exhaustivité
- Accidents graves: Bureau Enquête-Accident

# Qui prend en charge la mesure de la qualité?

- Les médecins?
- Les infirmières?
- Du personnel intermédiaire?

## 4. Knowledge and Responsibilities

Endoscopy nurses perform a variety of functions. Their tasks and responsibilities cover the following areas (see Table 2):

- Holistic patient care
- Technical assistance during diagnostic and therapeutic procedures
- Care of endoscopic equipment
- Hygiene and infection control and prevention including re-processing of endoscopic equipment
- Documentation and record keeping
- Organisation and Clinical management
- Health and safety
- Legal and ethical aspects
- Research
- Health and disease education of patient and carers
- Education and training of staff
- Quality control

# **Pour terminer...**

- Garantir au malade les meilleurs soins possibles en l'état des connaissances et de l'art endoscopique,
- Donner au malade confiance avant l'acte, sécurité pendant l'acte et satisfaction après l'acte endoscopique,

**Sont des objectifs indiscutables**

# Cependant...

- La « qualité totale » n'est-elle pas une chimère en médecine, même au 21<sup>e</sup> siècle?
- les analogies issues des techniques managériales (process industriels, aviation civile) ne sont-elles pas inadéquates?
- Une politique normative, et la bureaucratie qu'elle induit, est-elle appropriée au regard des besoins insatisfaits (personnel qualifié, répartition géographique des ressources, accès aux soins...)?

# Que faire?

- Ce que la loi impose pour la certification (RMM++)
- Adopter une sélection d'indicateurs pertinents et procéder par sondages avec régularité
- Lutter pour obtenir et préserver les moyens humains et matériels sans lesquels la qualité...