

***PROJET MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU LIBAN - HAS***

***NOUVELLE PROCEDURE D'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE  
SANTE***

**RESULTATS DE LA CONSULTATION PUBLIQUE**

**COMMENTAIRES & REPONSES APPORTEES**

**COMITE DE PILOTAGE**

## Remarques générales

§ - Page	Source du commentaire	Commentaire	Réponse apportée
	Syndicat des hôpitaux	Nous souhaitons que non seulement la version définitive mais également les documents soumis à consultation soient traduits en arabe et en anglais afin que toutes les personnes concernées puissent donner leur avis.	<p>Une traduction sera faite des différents documents. Un comité de suivi des traductions sera mis en place sous l'égide du Ministère de la santé publique en coordination avec le syndicat des hôpitaux libanais.</p> <p>Il convient de faire une traduction des documents rédigés en français vers l'anglais et l'arabe, mais aussi du référentiel libanais vers le français.</p>
	Syndicat des hôpitaux	Nous proposons également la mise en place d'indicateurs qualité nationaux par le MS avec des objectifs nationaux, ce pourrait représenter une voie de travail collectif.	<p>Le dispositif d'accréditation prévoit que les établissements de santé établissent au niveau local des indicateurs relatifs à leur activité et leur démarche qualité, mais ne prévoit pas d'indicateurs au niveau national.</p> <p>Ce point sera à voir avec le Ministère de la santé publique parallèlement à la mise en oeuvre du nouveau dispositif.</p> <p>L'initiative de l'OMS et du syndicat des hôpitaux à ce sujet sera soutenue et appuyée.</p>
	Syndicat des hôpitaux	Enfin, nous souhaitons vivement que les laboratoires privés et les centres d'imagerie médicale soient eux aussi soumis à une procédure d'accréditation nationale. Cette procédure devrait également être envisagée pour les organismes de tiers-payant tels que la CNSS, le MS, les compagnies d'assurance, etc.)	<p>Les documents décrivent le nouveau dispositif d'accréditation des établissements de santé. Ce point doit être vu directement avec le Ministère de la santé publique. Il semble qu'un programme pour une accréditation des laboratoires privés et les centres d'imagerie médicale soit prévu.</p> <p>Les caisses de sécurités sociales publiques font partie du Comité national d'accréditation hospitalière et sont impliquées dans cette démarche. Elles en tiennent compte.</p> <p>Il revient aux assurances privées d'en tenir compte.</p>

	Hôtel Dieu (J. OTAYEK)	Il semble que vous ayez juxtaposé un référentiel vertical pour les 38 chapitres à un référentiel transversal pour les deux chapitres supplémentaires, cela pose certainement un problème pour la préparation à l'accréditation. Cela posera aussi un problème durant la visite, notamment pour la notation car le mode de notation qui est décrit dans le modèle (A,B,C,D) est adapté à un système transversal et ne convient forcément pas à un modèle construit sur le mode vertical (note chiffrée).	<p>La juxtaposition des 38 chapitres verticaux avec 2 chapitres transversaux ne remet absolument pas en question la démarche d'amélioration de la qualité et l'accréditation. Ceci permet d'avoir une double approche de la qualité (sectorielle et transversale) et permet d'en assurer la cohérence globale.</p> <p>La transversalité renforce en effet l'approche systémique de la qualité et permet une amélioration de la prise en charge du patient et de son itinéraire à l'hôpital</p>
	Hôtel Dieu (J. OTAYEK)	La traduction des documents serait certainement plus précise et exacte si elle était réalisée par un traducteur expérimenté dans le domaine de la santé.	Une traduction sera faite des différents documents. Un comité de suivi des traductions sera mis en place sous l'égide du Ministère de la santé publique en coordination avec le syndicat des hôpitaux libanais.

## Procédure nationale d'accréditation des établissements de santé libanais à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008

§ - Page	Source du commentaire	Commentaire	Réponse apportée
	Hôpital de la Paix	<p>Puisqu'il s'agit de s'investir dans un processus réclamant du travail et des dépenses pécuniaires supplémentaires, il est normal de réclamer en contrepartie des droits.</p> <p>a) reconnaissance des résultats par tous les tiers payants publics et privés.</p> <p>b) Traduction en termes pécuniaires de chaque niveau d'accréditation et pour les organismes qui donnent des allocations de budget ( dont le ministre de la santé )</p> <p>Il est nécessaire de trouver une formule permettant le calcul de ces allocations prenant en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le niveau d'accréditation traduit en coefficient.</li> <li>- le nombre de lits</li> <li>- la région géographique</li> <li>- et les besoins de la population qui y habite</li> <li>- Les différents services au sein de l'Hopital</li> <li>- L'appréciation humanitaire des services de cet Hôpital</li> </ul> <p>c) il est nécessaire aussi d'annexer les tarifs avec les coefficients de cherté de la vie permettant de la sorte de rendre justice quel que soit ce coefficient.</p>	<p>a) Les tiers payants publics sont impliqués dans cette démarche. Ils en tiennent compte. Il convient de souligner qu'ils font partie du comité national d'accréditation.</p> <p>Il revient aux assurances privées d'en tenir compte.</p> <p>b) Un dispositif plus adapté est en cours d'étude. Il tiendra compte de quelques variables mentionnées.</p> <p>c) Cette remarque sera étudiée en dehors du dispositif de l'accréditation.</p>

Introduction p. 4	Hôpital de la Paix	<p>L'appréciation du service médical rendu au patient doit être complétée par l'appréciation humanitaire et pécuniaire de ce même service, chose qui ne peut être donnée que :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) par le receveur du soin lui-même ou sa famille</li><li>b) les services de la Croix Rouge</li><li>c) voir même les services de la Police ou juridiques qui doivent parfois intervenir pour faire admettre un patient...</li></ul> <p>Il faudrait donc travailler sur un formulaire qui permettrait les avis de ses différents tiers pour en dégager un coefficient correct, honnête et sans litiges</p>	<p>Ces remarques seront prises en considération en dehors du dispositif de l'accréditation.</p>
----------------------	--------------------	--	---

<p>I.p.5 II. p. 6</p>	<p>Syndicat des hôpitaux</p>	<p>Il n'est précisé nulle part les différences qui seront appliquées selon le type d'établissement concerné. En particulier, nous voulons des garanties que les hôpitaux ne disposant pas de tous les départements ne soient pas pénalisés comme c'était le cas dans la précédente procédure d'accréditation.</p>	<p>Le texte est modifié de la façon suivante :</p> <p>« Le système d'accréditation contribue à la contractualisation avec le ministère et les caisses et a un impact sur le niveau de remboursement.</p> <p>Le niveau de remboursement tient compte de l'accréditation. La complexité des services, facteur important aux coûts directs des prestations dans chaque établissement, sera prise en considération.</p> <p>Afin d'inciter les hôpitaux à améliorer la qualité et la sécurité de leur prestation sans toutefois inciter à la dépense, un dispositif avec différentes catégories peut être introduit dans la démarche d'accréditation. Il permettra à l'établissement de postuler pour être accrédité dans sa catégorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital universitaire</li> <li>- Hôpital non universitaire avec des services tertiaires</li> <li>- Hôpital à niveau intermédiaire</li> <li>- Hôpital secondaire ou périphérique.</li> </ul> <p>Les critères d'appartenance aux catégories doivent être clairement définis.</p> <p>Introduire dans le texte : « le niveau d'accréditation sera défini en fonction des activités autorisées dans l'établissement. Ainsi, afin qu'aucun établissement ne soit pénalisé du fait de l'absence d'activités, l'accréditation ne tiendra compte que des activités autorisées et mises en oeuvre dans l'établissement. Certaines parties du référentiel ne seront donc pas applicables pour les établissements ne réalisant pas certaines activités »</p>
---------------------------	------------------------------	---	---

II. p. 6	Syndicat des hôpitaux	En ce qui concerne les services pouvant être sous-traités, nous désirons savoir s'il s'agit uniquement des services non-médicaux tels que nettoyage, restauration, buanderie, sécurité ou également des services médicaux tels que laboratoire, anatomopathologie, dialyse, etc. Nous aimerions connaître quelles seront les normes qui seront appliquées pour ces services.	<p>Il s'agit a priori des services non médicaux.</p> <p>Si les services médicaux sont sous-traités, il revient au responsable du service de <u>contrôler</u> la qualité de la prestation externalisée.</p> <p>Dans tous les cas, c'est le service qui est évalué et non pas le fournisseur.</p> <p>Il est important que les responsables d'établissement doivent veiller</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A l'existence d'un contrat</li> <li>- Au contenu du contrat</li> <li>- Aux modalités d'évaluation des prestations fournies</li> </ul>
II. p. 6	Syndicat des hôpitaux	Nous regrettons qu'il n'existe toujours pas de normes établies pour les établissements de santé spécialisés et de long séjour.	<p>Avec le nouveau dispositif de catégorie des hôpitaux, une issue satisfaisante est possible aux établissements spécialisés. Ceci est à voir avec le Ministère de la santé publique.</p> <p>A ce jour, les établissements de long séjour ne sont pas concernés par l'accréditation.</p>
II. p. 6	Syndicat des hôpitaux	Le cas des établissements de santé ayant été certifiés ou accrédités par des organismes internationaux tels que la JCAHO doit être étudié. Une validation par le MS devrait être envisagée.	Le dispositif d'accréditation libanaise est national. Les initiatives prises par les établissements seront prises en considération lors des visites d'audit, mais n'exonèrent pas du processus et de la visite d'accréditation.
III. p. 7 & 8	Syndicat des hôpitaux	Nous souhaitons que les responsabilités et autorités des deux comités soient bien délimitées (cf. organigramme proposé par le Syndicat).	Les responsabilités des autorités des deux comités sont clairement définies. Il est à noter que la composition et les missions du comité national d'accréditation hospitalière sont définies par une loi cadre.

<p>III. p. 7 &amp; 8</p>	<p>Dr KHALIFEH</p>	<p>Le chapitre III consacré aux Organes d'Accréditation se base sur le décret-loi no 139/83 paru le 16/09/1983 qui est un amendement des articles 4 et 7 de la loi hospitalière no 9826/62 parue le 22/06/1962. Ceci n'est pas très clair dans l'énoncé du texte où on est porté à comprendre que l'article 7 de la loi no 9826 stipule la création du CNAH. En fait c'est dans le décret-loi no 139/83 que la création de ce CNAH a été citée. Par ailleurs ce décret-loi a jeté les bases de la Classification, de l'Evaluation et de l'Accréditation des hôpitaux privés comme cela est bien spécifié dans l'énoncé de ce décret-loi. Or dans le document proposé par la HAS (PROCEDURE NATIONALE D'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE LIBANAIS A COMPTER DU 1er JANVIER 2009) il est question d'un « comité d'évaluation de classification et d'accréditation des hôpitaux », ce qui implique aussi les hôpitaux publics qui ne sont pas concernés par le décret-loi no 139/83. La solution est de proposer un amendement de ce décret-loi pour y inclure les hôpitaux publics ou mieux encore, « les hôpitaux et les établissements de soins du Liban », car un jour il sera question d'accréditer les établissements de soins de long séjour non inclus dans le projet actuel ni dans les textes en vigueur, et puis après cela, qui sait ?, les autres centres de soins si nombreux et si variés. Donc, pour ne pas être amené à amender les amendements successifs il serait judicieux de regarder un peu loin.</p>	<p>La loi d'autonomie des hôpitaux publics accorde une autonomie administrative et financière à ces établissements.</p>
<p>§ 3. 1. p. 7</p>	<p>Dr KHALIFEH</p>	<p>Le paragraphe 3.1 donne plus de crédit aux remarques faites ci haut sur le contenu du décret-loi no 139/83, car il stipule clairement... « tant au sein des établissements hospitaliers publics que privés », or le texte auquel est faite la référence ne cite pas du tout les hôpitaux publics.</p>	
<p>§ 3. 1. p. 7</p>	<p>APAVE</p>	<p>Le document ne prend pas en compte la présence du comité national d'accréditation sous le nom de COLIBAC. Notons qu'un décret national a été publié concernant la création de COLIBAC.</p>	<p>En effet, le COLIBAC existe mais ne concerne pas le processus d'accréditation des établissements de santé.</p>



§ 3. 1. p. 7	Syndicat des hôpitaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nous souhaitons qu'il y ait un représentant de l'Ordre des Infirmières, de l'Ordre des Pharmaciens et des Assurances Privées au sein du CNAH.</li> <li>- Nous proposons de réduire à cinq, les représentants des facultés de médecine.</li> </ul>	La loi doit être amendée à ce sujet. Ceci ne concerne en rien le dispositif d'accréditation et doit être vu avec le Ministère de la santé publique.
§ 3. 1. p. 7	Syndicat des hôpitaux	Nous désirons que le règlement interne du CNAH soit précisé (en autre, en ce qui concerne les prises de décisions)	<p>Le règlement interne pour le Comité National d'Accréditation Hospitalière sera proposé par les acteurs qui y sont représentés.</p> <p>Tous les documents prévus dans le cadre de cette procédure seront être officialisés par décision ministérielle.</p> <p>Les membres du comité sont désignés ex-officio. La nomination est proposée par les différentes instances qui y sont représentées.</p>
§ 3. 1. p. 7	Hôtel Dieu (J. OTAYEK)	Pouvez-vous spécifier les compétences des membres du comité national d'accréditation et ne faut il pas y adjoindre un ingénieur hospitalier ?	Le comité peut faire appel à une expertise externe.
§ 3. 1. p. 7	Dr KHALIFEH	Dans le § suivant, le plus juste serait de dire que « les membres de ce comité sont désignés par le Ministre de la Santé Publique » et non pas ... « suite à la proposition du Ministre de la Santé ». Par ailleurs, il y a un représentant des 2 ordres de médecins dans le CNAH et non point 2 représentants de l'ordre des médecins (cf. le décret-loi no 139/83).	Le document est modifié : « les membres de ce comité sont désignés par le Ministre de la Santé Publique »

§ 3. 1. p. 7	Dr KHALIFEH	Le suppléant dont il est question dans le § suivant n'a pas sa place dans les textes en vigueur (malheureusement), mais comme nous sommes tenus par les textes des lois il faut signaler ce fait. Pour trouver une tournure légale à ces suppléants il faudrait peut-être consulter un conseiller juridique. Je propose : s'il sera question d'amender le décret-loi 139/83 comme il est proposé plus haut, l'amendement devrait englober aussi le problème des suppléants et leurs prérogatives.	La procédure est conforme aux textes de loi en vigueur
§ 3. 1. p. 7	Dr KHALIFEH	Le CNAH a les prérogatives de demander l'aide et l'assistance d'une tierce partie pour l'aider dans l'accomplissement de ses tâches, surtout la mise au point des référentiels. La procédure exposée sur le net n'est pas citée dans les textes.	Le document est modifié : « Le CNAH a les prérogatives de demander l'aide et l'assistance d'une tierce partie pour l'aider dans l'accomplissement de ses tâches, surtout la mise au point des référentiels. »
§ 3. 2. p. 8	Ministère de la santé publique du Liban	Le comité technique d'accréditation est une entité impartiale, qui possède la compétence et la fiabilité nécessaire pour <u>assurer une expertise technique sur l'agrément des organismes d'audit et l'accréditation des établissements hospitaliers visés par une autorisation dans le cadre du programme nationale d'accréditation des établissements hospitaliers au Liban</u>	Le document est modifié : "Le comité technique d'accréditation hospitalière est une entité impartiale, qui possède la compétence et la fiabilité nécessaire pour <u>assurer une expertise technique sur l'agrément des organismes d'audit et l'accréditation des établissements hospitaliers visés par une autorisation dans le cadre du programme nationale d'accréditation des établissements hospitaliers au Liban</u> »
§ 3. 2. p. 8	Ministère de la santé publique du Liban	<i>Le comité est composé de 5 personnes qualifiées étrangères nommées par la Haute Autorité de Santé <u>sur demande du Ministère de la Santé et établie pour 3 ans par décision ministérielle.</u></i>	Le document est modifié : « Le comité est composé de 5 personnes qualifiées étrangères proposées par la HAS et nommées pour 3 ans par décision ministérielle »

§ 3. 2. p. 8	Syndicat des hôpitaux	Il existe une confusion entre les documents I et II concernant les membres dudit comité. En effet, dans le document I, il est précisé que c'est la Haute Autorité de Santé (HAS) en accord avec le Ministre de la Santé qui nomme « 5 personnes qualifiées étrangères » (p.8) alors que dans le document II il est écrit que la HAS nomme 5 experts [...] neutres et indépendants [...] (p.5), sans préciser s'il s'agit d'étrangers ou non. Nous souhaitons que deux ou trois membres libanais soient présents dans le CTA.	Cf. supra  A ce jour, il n'est pas prévu d'intégrer des experts libanais dans ce comité.
§ 3. 2. p. 8	Syndicat des hôpitaux	Nous désirions que le règlement interne du CTA soit précisé	Le document est modifié :  "Le comité est chargé des missions suivantes : - analyser les dossiers de demande d'agrément des organismes d'audit - sélectionner les organismes d'audit <u>et proposer l'agrément au Ministère de la Santé</u> - analyser les rapports d'audit réalisés par les organismes - proposer au Ministre de la santé du Liban les rapports d'accréditation - contrôler les organismes d'audit agréés <u>et présenter un rapport au Ministère de la Santé.</u> "
§ 3. 2. p. 8	Dr KHALIFEH	Dans la page consacrée aux abréviations il est question du CNAH (Comité National d'Accréditation Hospitalière) et du CTA (Comité Technique d'Accréditation Hospitalière). Le plus logique serait d'appeler ce dernier : CTAH (à l'instar du CNAH).	Le document est modifié dans ce sens.

IV. p. 8	Syndicat des hôpitaux	Nous nous opposons formellement à une durée fixe de 3 ans quelque soit le niveau d'accréditation. En effet, afin d'inciter les hôpitaux non accrédités « A » à s'améliorer le plus rapidement possible, un suivi à échéance plus bref doit être réalisable, et ce avant tout pour le bien des patients.	<p>Le décret législatif 136 du 16/9/1983 fixe la durée de l'accréditation à 2 ans. Par conséquent, un délai d'un an à l'issue des 2 ans est accordé à l'établissement pour achever sa visite d'audit.</p> <p>Les délais réglementaires conduisent à accorder un an supplémentaire pour que la durée de l'accréditation de l'établissement soit de 3 ans.</p> <p>Il revient ensuite à l'établissement de relancer son processus si besoin avant.</p>
IV. p. 8	Syndicat des hôpitaux	Par ailleurs, nous aimerions avoir plus de précision quant au critère « hormis au cas où un problème de sécurité des biens et des personnes est mis en exergue » (également signalé p.25), qui nous semble manquer de précision.	<p>Les auditeurs sont aptes à identifier les situations à risque pour les biens et les personnes.</p>
IV.	MTE	Les délais de réalisation étant soumis aux aléas de la situation du pays, il conviendrait d'éviter les sanctions d'un retard en lien avec la situation sécuritaire du Liban.	<p>Même si cette remarque reflète une réalité, ce point n'a pas à apparaître dans le document.</p>
V. p. 8&9	Syndicat des hôpitaux	Ordre de passage : il existe une confusion entre, premièrement : « les modalités de planification s'attachent à respecter l'ordre de passage des établissements dans la précédente procédure [...], deuxièmement : « [...] les établissements hospitaliers devront s'être engagés dans cette nouvelle procédure avant le (date à déterminer) en fixant une période souhaitée de visite dans un délai ne dépassant pas d'un an la date de soumission de la demande [...] et informe le CTA [...] de l'année et du mois choisis pour passer l'audit » et troisièmement : « ces établissements (situation 1) [...] sont informés de la date de leurs audits par le Ministère de la Santé »	<p>L'ordre de passage des établissements pour la nouvelle procédure doit respecter la période d'accréditation accordée à l'établissement lors de la procédure antérieure ; la date de début de cette période sera transposée au 1er janvier 2009.</p> <p>Les établissements de soins et les organismes agréés, qui acceptent de suivre cette procédure, doivent signer une déclaration de soumission à toutes les règles de la dite procédure et du cahier des charges sans aucune réserve.</p>

§ 5. 2. p. 10	Ministère de la santé publique du Liban	<p><u>Le contrat d'accréditation</u> Le contrat d'accréditation doit être élaboré entre les deux parties concernées (l'établissement de soins et l'organisme agréé) en respectant les règles fixées dans la procédure nationale et le cahier des charges. L'établissement de soins envoie une copie au Ministère de la Santé pour information.</p>	Le document sera modifié dans ce sens
§ 7. 1. p. 12	MTE	<p>Le coordonnateur d'accréditation pour remplir ses missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a besoin de compétences complémentaires en management, en gestion et maîtrise documentaire</li> <li>- doit pouvoir s'appuyer sur une organisation logistique (même dans un établissement à taille humaine)</li> </ul>	Le document est modifié dans ce sens.
§ 7. 2. p. 13	Ministère de la santé publique du Liban	<p>Dans le tableau résumant le calendrier, l'action à -6mois (signature du contrat entre l'établissement et le CTA) n'est pas clair; de même, que et celle à +5mois (Envoi du rapport d'accréditation à l'établissement et publication sur internet doit être discuté pour détailler l'information qui doit être publiée.</p>	Le document est modifié.
VIII. p. 13	Syndicat des hôpitaux	<p>L'auto-évaluation est une innovation du processus d'accréditation et nécessite une formation au sein des établissements de santé. Qui sera chargé de cette formation ?</p>	Les établissements ont la possibilité de faire appel à des organismes de formation et d'accompagnement.

§ 8. 1. p. 13	Dr KHALIFEH	<p>La formation des équipes d'auto-évaluation dans l'hôpital n'est pas très claire. Si, comme le laisse comprendre le texte (8.1), il faut former une équipe pour chaque service, et que chaque équipe doit comprendre en moyenne 6 à 10 membres, on arriverait à un chiffre très élevé, dépassant peut-être le nombre de salariés de l'hôpital! Il est préconisé par ailleurs des réunions hebdomadaires de ces équipes à raison de 2 heures par réunion, ce qui créerait un vide dans les activités des soins qui pourrait se répercuter sur la sécurité des patients et la qualité des soins (par exemple 10 personnes du service des soins intensifs qui laissent leurs postes de travail 2 heures durant 1 fois par semaine ou une demi-journée une fois par mois!). Il est vrai que dans un autre endroit du texte il est spécifié que les petits hôpitaux pourraient se contenter d'une seule équipe pour tout l'hôpital, mais cette section du texte aurait peut-être besoin d'être revue à la lumière des remarques suscitées.</p>	<p>Il revient à chaque établissement d'étudier le dispositif le plus adapté à sa structure</p>
------------------	-------------	---	--

§ 8. 2. p. 14	Dr KHALIFEH	<p>Il est question de « l'échelle d'appréciation ». C'est la seule fois où il est question de l'échelle d'appréciation dans tout le texte concernant les procédures d'accréditation. Dans le chapitre X (X 10.2) il est question aussi de pondérer les recommandations en fonction de la cotation des références (entre autres) sans plus d'explications sur ce sujet. Pourtant ce fut un grand sujet de contestation dans le passé : la cotation des références ou le scoring. Les intéressés voulaient et cherchaient à avoir des détails sur le scoring mais sans aucun résultat. Le scoring est resté dans la zone d'ombre jusqu'à ce jour. Je pense que le texte doit développer un peu plus le sujet de l'échelle d'appréciation et le scoring : comment seront notées ou cotées les différentes questions du référentiel et non point seulement la Référence? Des lignes directrices doivent être posées et les organismes agréés d'audit doivent s'y tenir faute de quoi règnera une grande anarchie comme dans le passé. Il est vrai que la section 8.3 du chapitre VIII (cotation des références) présente sommairement un système de cotation basé sur la cotation des références en A, B, C et D, mais les critères formant ces dernières (les Références) comment seront-ils notés ?</p>	<p>L'accréditation est appréciée en quatre niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau 1 : Sans réserves et sans recommandations</li> <li>- Niveau 2 : Avec recommandations</li> <li>- Niveau 3 : Avec réserves</li> <li>- Niveau 4 : Non-accréditation</li> </ul> <p>Il revient à l'établissement de reprendre l'initiative d'une nouvelle visite.</p>
§ 8. 2. p. 14	MTE	<p>Une formation à l'analyse et résolution de problèmes permet d'énoncer un problème et de choisir la ou les solutions adaptées</p>	<p>Il revient à chaque établissement d'étudier le dispositif le plus adéquat à sa structure</p>
§ 8. 2. p. 14	MTE	<p>Prévoir la traçabilité de participation aux réunions d'auto-évaluation</p>	<p>Le document est modifié dans ce sens</p>

§ 8. 3. p. 16	Dr KHALIFEH	Il est dit que « Tous les critères doivent être renseignés en mode binaire (oui/non) » alors que dans l'exemple porté dans l'annexe II (Exemple de grille d'auto-évaluation (chapitre QS)) nous lisons dans la colonne 2 de chaque grille : « Réponses aux critères (OUI, EN PARTIE, NON) ». Donc le mode dans les grilles n'est pas binaire puisqu'il comprend une 3ème possibilité qui est le « en partie ». Nous souhaitons un éclaircissement de ce point.	Le document est modifié dans ce sens : - OUI : totalement - En partie - NON : pas du tout
§ 8. 3. p. 16	Hôpital libanais	Des grilles de saisie sont disponibles sur le site internet du ministère de la santé publique : impossibilité de les trouver	Elles seront disponibles dès validation du document.
§ 8. 3. p. 16	Syndicat des hôpitaux	La cotation des références suivant l'échelle générique « A-B-C-D » porte à confusion avec les niveaux de recommandations également dénommés A-B-C-D. Une autre échelle pourrait être utilisée. Par ailleurs, cette échelle nous semble peu précise. La définition de « globalement ou la plupart du temps » par rapport à « partiellement ou rarement » paraît assez subjective. Par ailleurs, il nous semble nécessaire de connaître la cotation des différentes références afin de veiller, en priorité, au respect des plus cotées et donc aussi les plus importantes en termes de gravité pour le patient en cas de non-respect.	L'accréditation est appréciée en quatre niveaux - Niveau 1 : Sans réserves et sans recommandations - Niveau 2 : Avec recommandations - Niveau 3 : Avec réserves - Niveau 4 : Non-accréditation.  La qualité est une démarche globale il serait dangereux de focaliser l'attention sur des critères au dépend d'autres mineurs qui peuvent s'avérer déterminant dans la prise en charge.



<p>§ 8. 3. p. 16</p>	<p>Dr KHALIFEH</p>	<p>Il serait utile d'éclaircir quelques points dans la rédaction des chapitres sur le rapport d'audit et le rapport d'accréditation. Dans la section 8.3 du chapitre VIII et dans la section 10.2 du chapitre X il est question de « références cotées C ou D... » et dans le chapitre XI section 11.2 il est question aussi de « niveau d'accréditation A, B, C et D ». Ceci pourrait porter à confusion. Mais le principal point à soulever concernant le rapport d'audit est la rédaction du rapport d'audit. Il est vrai que la section 10.1 expose la structure proposée du rapport d'audit, mais il me semble que des bases plus larges et plus détaillées doivent être proposées pour ce rapport, faute de quoi le CTA aura à faire à une vraie « tour de Babel » où chaque organisme d'audit, et peut-être pour chaque rapport d'audit, aura son propre langage et son propre système. Ceci ne biaiserait pas seulement la saisie des résultats de l'audit par le CTA en raison de la multitude d' « appareils de mesure » tous différents les uns des autres qui seront utilisés pour la cause, mais poserait devant le CTA le grand problème de la « lecture » et la compréhension de 150 rapports d'audit écrits chacun « à sa façon ». Pour éviter ce chaos possible je propose même de poser de la part de la HAS une grille modèle qui sera adoptée et dûment remplie par les organismes d'audit, dans un langage binaire (oui/non), sinon dans un langage simplifié et standardisé en laissant une partie finale libre pour la « dissertation » des remarques personnelles de ces organismes.</p>	<p>Document modifié en ce sens.</p> <p>Il est prévu de mettre les grilles d'auto-évaluation à disposition sur le site internet du Ministère de la santé publique.</p>
--------------------------	--------------------	--	---

§ 9. 1. p. 17	Ministère de la santé publique du Liban	<i>"La visite, dont l'objectif principal est de <del>valider</del> vérifier l'auto-évaluation, porte sur l'ensemble des activités de l'établissement de santé situées dans le champ de l'accréditation".</i>	Document modifié : « La visite, dont un des objectifs est de vérifier la capacité des professionnels à réaliser une auto-évaluation réaliste, porte... »  A proprement parler, la visite d'accréditation ne constitue pas un contrôle, mais un audit externe.
§ 9. 2. 2. p. 19	Syndicat des hôpitaux	Nous aimerions qu'il soit précisé que dans certains cas, la documentation puisse être consultée sur support informatique (telles que les statistiques réalisées sur SPSS ou les données disponibles sur Access).	Document modifié dans ce sens.
§ 9. 3. 5. p. 20	Syndicat des hôpitaux	Nous aimerions avoir des précisions concernant « les rencontres des patients et/ou membre de leur entourage ». En effet, la fiabilité des patients nous semble difficile à évaluer. Quels seront les paramètres ou critères à évaluer, quelles seront les cotations, quels seront les outils utilisés ?	Nous ne nions pas la subjectivité de la démarche c'est naturel et légitime d'apprécier la satisfaction du patient lors des visites d'audits comme toute démarche d'accréditation  Il reviendra aux auditeurs de choisir des patients ou des usagers aptes à répondre à leurs questions.  L'objectif de la rencontre avec les usagers est d'évaluer la cohérence des réponses fournies par les professionnels de l'établissement.
§ 10. 2. p. 22	Hôpital de la Paix	Quid des niveaux d'accréditation et comment les fixer véritablement par rapport à l'ensemble des points de chaque établissement et Quid du décret 7363 dans l'article cinq qui donne droit de vie et de mort sur les hôpitaux allant jusqu'à arrêter le travail avec les hôpitaux non accrédités ? Cela mérite une réévaluation pour qu'il ne soit pas en désaccord avec le décret 139 dans l'article trois qui donne une période de grâce, aux hôpitaux en dessous des normes, pour combler les lacunes.	Selon sa catégorie, l'accréditation est appréciée en quatre niveaux - Niveau 1 : Sans réserves et sans recommandations - Niveau 2 : Avec recommandations - Niveau 3 : Avec réserves - Niveau 4 : Non-accréditation  Il revient à l'établissement de reprendre une initiative d'une nouvelle visite courant la période accordée.

§ 10. 2. p. 23	Syndicat des hôpitaux	Nous désirons plus de clarté quant au tableau de recommandations. Il nous semble essentiel de comprendre comment sera déterminée la gravité d'un problème entre 1, 2 ou 3. Existe-t-il une grille standard d'évaluation de la gravité ou est-ce un critère subjectif ?	Les auditeurs sont des professionnels formés aptes à évaluer ces critères en fonction des données qui leur seront fournies sur site.
§ 11. 1. p. 24	Syndicat des hôpitaux	Le rapport d'accréditation permettra « d'informer le public sur l'état de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé » (p.13 et 24). Nous voudrions obtenir plus d'explications sur ce qui pourrait être mis à la disposition du public libanais. Il nous semble que la publication des résultats à un public encore assez mal informé des procédures d'accréditation pourrait ne pas être bénéfique au système de santé libanais. Par ailleurs, étant donné l'absence de lois pertinentes sur le marketing et les médias, l'utilisation de ces informations ne pourrait pas être contrôlée.	La publication ne sera faite qu'avec l'accord de l'établissement
§ 11. 1. p. 24	Hôtel Dieu (J. OTAYEK)	Nous estimons qu'une publication des résultats sur Internet pourrait présenter certains avantages.	La publication ne sera faite qu'avec l'accord de l'établissement

<p>§ 11. 2. p. 24</p>	<p>Syndicat des hôpitaux</p>	<p>Le niveau d'accréditation final nous paraît très arbitraire et rigide. « Le type de recommandations déterminera [...] le niveau d'accréditation final par le CNAH ». Ainsi pour obtenir un "A" il ne faut aucune recommandation. Une seule recommandation de type I suffit pour n'obtenir qu'un "B". Un établissement de santé qui présente une seule recommandation de type III parmi les 40 chapitres de la nouvelle accréditation ne sera accrédité que D ? Cela veut aussi dire que des hôpitaux ayant une seule ou 10 recommandations de type III auront le même niveau d'accréditation sans aucune nuance ? On ne parle pas non plus de l'éventualité d'une non-accréditation.</p> <p>Il nous semble que le barème des quatre niveaux de certification retenu en France soit plus logique et souple : niveau 1 = certification pour 4 ans (avec des décisions de type I); niveau 2 = certification avec suivi (au moins une décision de type II) valable pour 4 ans avec une exigence d'un suivi à échéance déterminée par un rapport de suivi ou d'une visite ciblée sur des points identifiés dans le rapport ; niveau 3 = certification conditionnelle (au moins une décision de type III). L'établissement n'est pas certifié, la certification est conditionnée à la satisfaction du suivi réalisé à échéance déterminée sur des points identifiés dans le rapport ; niveau 4 = non certification. Ce niveau ne pouvant pas être prononcé en première intention Ce barème offre la possibilité aux établissements de santé de s'améliorer rapidement sans devoir attendre une nouvelle accréditation après 3 ans.</p>	<p>Le document est modifié dans ce sens</p> <p>Selon sa catégorie, l'accréditation est appréciée en quatre niveaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau 1 : Sans réserves et sans recommandations</li> <li>- Niveau 2 : Avec recommandations</li> <li>- Niveau 3 : Avec réserves</li> <li>- Niveau 4 : Non-accréditation</li> </ul>
---------------------------	------------------------------	---	--

§ 11. 3. p. 25	Hôpital de la Paix	Avoir la possibilité de contester les décisions, c'est très bien, mais la contestation se fait devant le même organisme (CNAH) qui est celui qui a donné les résultats ce qui est contraire aux lois de juridiction. Il faudrait donc prévoir un autre comité d'appel différent du premier pour la deuxième délibération.	Il est impossible de créer un autre comité pour la prochaine procédure.
§ 11. 3. p. 25	Syndicat des hôpitaux	Comme nous l'avions déjà demandé, nous souhaitons qu'il existe un comité d'Appel indépendant qui soit responsable en cas de désaccord entre les hôpitaux et les organismes d'audit ou en cas de désaccord quant à la décision de retrait entre l'organisme et le CTA.	Le recours gracieux existe
XII p. 25	MTE	Les établissements bénéficient-ils d'un financement particulier pour rémunérer : - l'organisme agréé à qui ils confient l'audit d'accréditation ? - tout autre organisme ou professionnel susceptible de les aider dans le cadre d'un état des lieux, d'une formation, d'un accompagnement ? ou devront-ils puiser dans leurs ressources propres ?	Il revient à chaque établissement d'étudier le dispositif le plus adapté à ses besoins
XII p. 25	Hôtel Dieu (J. OTAYEK)	Nous proposons de ne pas lier le tarif au résultat de l'accréditation.	« le système d'accréditation contribue à la contractualisation avec le ministère et les caisses et a un impact au niveau de remboursement »  Le niveau de remboursement tient compte de l'accréditation. Une nouvelle dimension sera prise en considération, la complexité des services, facteur important aux coûts directs des prestations dans chaque établissement.
Annexe 1 Rubrique 2 p. 28	MTE	Les statistiques SAE sont propres à la France	Accord. Ce point est supprimé du document.

Annexe II p. 31	Hôpital libanais	Page 31 du document de la procédure nationale, vous avez parlé de cotation des références, comment les coter ? en A, B, C, D ou NA seulement ou y-a-t-il un système de points à calculer ???	Se reporter au chapitre VIII. 8. 3. p. 16 (cotation des références)
	Syndicat des hôpitaux	Des sources de financement devraient être recherchées à l'aide d'agences internationales de financement car les hôpitaux ne peuvent supporter cette charge.	Les chiffres doivent être réétudiés. Ils constituent une base de travail. Le syndicat peut solliciter les bailleurs pour aide financière
	Syndicat des hôpitaux	A aucun moment le document ne parle de la phase d'accompagnement initialement prévue à une année et précédant l'auto-évaluation effectuée par l'établissement lui-même. La formation et la phase d'accompagnement devront être assurées non seulement pour les hôpitaux publics mais également pour les hôpitaux privés. En particulier en ce qui concerne la gestion des risques, les outils d'EPP et l'autoévaluation.	Les hôpitaux privés ont déjà bénéficié des financements

**Modalités d'agrément et de fonctionnement des organismes d'audit pour l'accréditation des établissements de santé au Liban**

§ - Page	Source du commentaire	Commentaire	Réponse apportée
	Dr KHALIFEH	ORGANISME D'AUDIT : que peut-on et que doit-on comprendre par ce terme ? c'est un terme vaste qui engloberait les sociétés commerciales, qui pourraient être dans ce cas des S.A.L. ou des S.A.R.L. ou autres, aussi bien que des branches spécifiques de ces sociétés, spécialisées dans la qualité et l'accréditation, ou des bureaux d'étude et de consultation, en plus des associations professionnelles ou autres à but lucratif ou non lucratif, et des structures universitaires ou des hautes Ecoles spécialisées ou autres qui pourraient avoir recours à des étudiants pour faire les audits à titre de formation et d'entraînement...etc. La question est : tous ces organismes pourront présenter des dossiers d'agrément ou non ? et auront-ils tous la même chance d'être retenus ou sélectionnés ou agréés ?	Le cahier de charge apporte toute garantie à ce sujet
	Dr KHALIFEH	La même chance est offerte à des organismes ayant déjà une expérience prouvée dans l'accompagnement, la formation et l'audit, que ceux qui sont créés pour la circonstance ?	Non. La grille (annexe III p.14) prend en compte ce critère.

	Dr KHALIFEH	<p>Qu'est ce qui empêcherait un établissement de santé mal intentionné (si cela existait à Dieu ne plaise) ou mal informé de créer son propre organisme d'audit et l'envelopper par de faux noms et de fausses identités ? qu'est ce qui empêcherait une institution possédant plus d'un établissement de santé de créer un tel organisme et le charger de l'audit de ses propres institutions ? A la rigueur, qu'est-ce qui empêcherait toute une communauté (religieuse ou autre) de faire la même chose ? Il me semble que le projet exposé à l'étude (Documents soumis à consultations) doit prendre en compte la composition non seulement multidisciplinaire de chaque organisme d'audit, ce qui va de soi, mais surtout la composition multipartite, multirégionale et multicommunautaire à la rigueur ? Il est certes difficile de mettre à exécution de telles idées, déjà il est difficile et « hasardeux » d'en parler, mais je soulève là un problème crucial pour la bonne marche de ce système qui nous tient tous à cœur. L'une des solutions que je propose est que l'établissement hospitalier fasse un appel d'offre solennel et joigne à son dossier d'accréditation au moins 3 offres faites par 3 organismes différents, quitte à ce qu'il choisisse celle qu'il trouve la plus convenable pour lui. Ainsi pourrait-on limiter le cloisonnement et favoriser la pluralité, la transparence et la science.</p>	<p>Le cahier de charge apporte toute garantie à ce sujet.</p>
	Syndicat des hôpitaux	<p>Il n'est nulle part précisé le nombre d'organismes qui pourront être agréés. Une étude des besoins devrait être effectuée pour le marché libanais.</p>	<p>Non, le nombre d'organismes n'est pas fixé à l'avance.</p>
	Dr KHALIFEH	<p>Y a t il un chiffre ou une idée concernant le nombre d'organismes d'audit qui seront agréés, ou bien tout organisme ayant satisfait au cahier des charges sera retenu ?</p>	



	Dr KHALIFEH	Y- aura-t-il des organismes non libanais qui seront retenus (s'ils satisfont au CdC évidemment) ?	Oui.
	Syndicat des hôpitaux	Nous insistons pour que les organismes d'audit soient à même de communiquer dans la langue choisie par l'établissement de santé.	Dès lors que les membres du CTAH ont pour mission d'analyser les rapports d'audit, ceux-ci devront être rédigés en français ou en anglais
§ 1. p. 3 et 5	APAVE	Le document ne prend pas en compte la présence du comité national d'accréditation sous le nom de COLIBAC. Notons qu'un décret national a été publié concernant la création de COLIBAC.	En effet, le COLIBAC existe mais ne concerne pas l'accréditation des établissements de santé.
§ 1. 1. p. 5	Dr KHALIFEH	Le comité technique est composé de 5 experts...alors que dans le chapitre III, section 3.2 de la « PROCEDURE NATIONALE D'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE LIBANAIS A COMPTER DU 1er JANVIER 2009 » « le comité est composé de 5 personnes qualifiées étrangères... ». Il serait judicieux de le préciser.	Le document est modifié dans ce sens.
§ 2. p. 5 & 6	Dr KHALIFEH	Comment pourra faire la CTA pour distinguer un organisme d'accompagnement qui n'aura qu'à changer de nom pour se cloner ou se dupliquer et devenir un organisme d'audit mais avec les mêmes personnes, les mêmes structures sans aucun changement, d'un organisme d'audit consacré uniquement à l'Audit et l'Evaluation en Santé ?	Dès lors que les organismes d'audit suivent la réglementation et font les choses conformément à la loi, rien ne s'oppose à leur candidature.
§ 2. 1. p. 5	Syndicat des hôpitaux	Le délai de remise des dossiers de candidature nous semble prématuré et non réalisable dans les conditions actuelles.	Les dossiers doivent être remis du 15 novembre au 14 décembre 2008. Le choix des organismes sera fait avant la fin de l'année 2008.

§ 2. 6. p. 7	Dr KHALIFEH	Vu que les membres de la CTA sont étrangers, quel pouvoir légal et juridique d'inspection et de contrôle sur le terrain auront-ils ?	Les membres du CTA sont nommés par le ministre. Ils ont un pouvoir délégué pour formuler des avis
§ 2. 7. p. 7	Ministère de la santé publique du Liban		Garder seulement : « En cas de désaccord avec la décision de retrait, l'organisme a la possibilité de faire appel conformément aux procédures administratives en vigueur au Liban. »
§ 3. 5. p. 8 et Annexe IX p. 20	Syndicat des hôpitaux	La majorité des établissements de santé au Liban ne sont pas à même d'assurer le financement des organismes d'audit. Il nous semble par ailleurs que le financement ne devrait pas être assuré par les établissements de santé dans la mesure où la procédure d'accréditation est obligatoire et non facultative comme c'est le cas en France. En effet, l'organisme n'assurera ni accompagnement ni encadrement préalable et en plus, l'autoévaluation déjà réalisée par les hôpitaux leur facilitera largement la tâche. De plus, les sommes exigées nous semblent exorbitantes pour la tâche demandée aux organismes d'audit.	La démarche d'accréditation est facultative et il revient aux établissements de trouver le financement nécessaire.
Annexe I (§1. 4) p. 9  Annexe II p. 13	APAVE	La communication de la totalité des comptes et états associés est évaluée comme étant une demande excessive vu que dans certains cas (comme le notre), l'audit n'est pas l'activité exclusive de l'organisme et que ce dernier est également actif dans différents autres services. Dans ce cas, il est impossible de communiquer la totalité des comptes de l'organisme (incluant l'activité d'audit et les autres activités possibles). Notons que les comptes <b>audités</b> ne peuvent pas être <b>transmis</b> pour l'activité d'audit uniquement.	L'exigence concerne uniquement l'activité d'audit

Annexe I (§1. 6) p. 9	APAVE	Il faut spécifier dans ce point particulier que le rapport d'activité à présenter concerne uniquement l'activité d'audit en excluant toute autre activité effectuée par l'organisme	L'exigence concerne uniquement l'activité d'audit
Annexe I (§1. 8) p. 9	APAVE	Il est nécessaire de développer cet article en s'attardant sur le fait que l'organisme doit s'engager à s'abstenir strictement d'accepter ou d'offrir tout service de conseil ou d'accompagnement à la mise en place d'un système conforme aux normes d'accréditation à tout hôpital ou établissement de santé même si l'établissement ne tombe pas parmi les audités de cet organisme. Cette clause est cruciale afin de respecter les règles de la déontologie et d'effectuer un audit en totale impartialité générant des résultats précis et évitant tout rapport d'audit biaisé.	Accord.  Du moment que l'organisme obtient son agrément, il ne peut plus faire de l'accompagnement  Le document est modifié dans ce sens : La candidature d'un organisme d'accompagnement peut être recevable des lors qu'elle présente la liste des établissements qu'elle a accompagnés et qu'elle cesse cette activité à la suite de son agrément.
Annexe I (§1. 8) p. 9	Dr KHALIFEH	Un même organisme peut-il être d'accompagnement et d'audit à condition de ne pas accepter d'auditer les hôpitaux qu'il a accompagnés ?	
Annexe I p. 9	Dr KHALIFEH	Les auditeurs et les experts visiteurs engagés dans les organismes d'audit agréés, doivent-ils l'être à plein temps ? à temps partiel ? au besoin ? à l'acte, à la visite ? à la journée ou l'heure ? et si ce sont des auditeurs étrangers (comme le stipule le critère no1 de l'annexe III) comment contrôler leurs activités.	Ce qui est important, c'est la compétence et l'expérience des auditeurs. On ne peut pas exiger des auditeurs qu'ils soient employés à temps plein.  Il revient à l'organisme de gérer comme il le souhaite s'il respecte le cahier des charges

Annexe I p.9	Dr KHALIFEH	Un consultant ou auditeur ou expert visiteur peut-il avoir d'autres activités dans le secteur de la santé ou dans d'autres secteurs quitte à respecter la charte des organismes agréés (Annexe V) et la charte des professionnels engagés dans l'audit des établissements de santé, et quitte à honorer ses engagements avec l'organisme d'audit, c.à.d. être prêt et présent pour les réunions de travail et pour l'audit qui lui sera confié ? (Annexe VI).	Cf. supra
Annexe I	Dr KHALIFEH	L'engagement des auditeurs à respecter les susdites chartes est-il suffisant à lui seul pour affirmer ou confirmer ou infirmer la validité de la situation de chaque auditeur, ou bien la CTA aura-t-il les prérogatives d'inspection, de prospection et de contrôle effectif sur le terrain pour s'en assurer ?	C'est prévu dans les missions du CTAH (cf. § 2. 6. p. 7)
Annexe I (§2) p. 10	APAVE	Il est jugé non nécessaire par rapport à l'échelle de l'activité d'audit de changer l'objet statuaire de l'organisme afin d'intégrer cette activité.	Il revient à l'organisme de gérer comme il le voit du moment qu'il respecte le cahier des charges.
Annexe 1 (§2 p. 10)	Dr KHALIFEH	L'organisme d'audit candidat à l'agrément doit prouver qu'il a réalisé ou participé à des audits qualité ... dans l'année précédant la demande d'agrément. Or dans l'année précédant la demande d'agrément il n'y avait pas d'audit des hôpitaux au Liban, vu que le dernier round d'audit entrepris par les Australiens s'est terminé en 2006. Cet état de faits risque d'ouvrir en grand la porte devant les certificats de complaisance obtenus soit auprès des « structures sanitaires ou autres » (c'est un terme très large !), ce qui serait un très mauvais début. Je propose « dans les 3 ou mieux dans les 5 années précédant la demande d'agrément ».	Le document est modifié dans ce sens.

Annexe III p. 14	APAVE	Premier critère : Le score maximal alloué au critère de liens éventuels avec un organisme d'audit étranger est jugé très bas vu que ce critère est très important et influence significativement le niveau de service final offert. L'affiliation à un groupe étranger oblige l'organisme à appliquer les procédures internes de la maison mère qui ont déjà fait leurs preuves et soumet l'organisme par défaut à un système de contrôle continu qui génère en fin de cycle un service mieux contrôlé et d'un niveau supérieur.	Le cahier des charges prévoit un équilibre entre l'expérience des sociétés étrangères et la possibilité de création d'entreprises libanaises tout en motivant l'intégration d'experts étrangers comme des libanais travaillant à l'étranger dans ce domaine.
Annexe III p. 14	APAVE	Dernier critère : la phrase est incomplète « références de chantiers d'audit réalisés dans les 5 dernières années par l'organisme au Liban ou à l'étranger précisant ...? »	Le document est modifié dans ce sens et intègre « ... précisant le type des audits réalisés et les référentiels utilisés »
Annexe III p. 14	Dr KHALIFEH	La dernière ligne du dernier critère est incomplète : précisant... quoi ?	
Annexe III p. 14	Dr KHALIFEH	Les « liens éventuels avec un organisme d'audit étranger » restent à préciser : le mot ETRANGER est très vaste : Asiatique, Européen. Américain, Arabe...etc. !	Les liens peuvent concerner des liens administratifs et statutaires, ou des projets. Etranger signifie : de nationalité « non libanaise »
Annexe VIII p. 19	Dr KHALIFEH	Il s'agit d'un contrat entre 2 parties. La formule proposée est trop simple et incomplète pour un contrat de cette importance. Je vous propose une formule de contrat que vous trouverez en pièce jointe sous le titre de « contrat d'audit ORG-HOP », à toutes fins utiles.	La proposition sera prise en considération et le document intégrera le type de contrat proposé.

Annexe IX p. 20	APAVE	Les modalités de paiement ne sont pas précisées. Le paiement de la part de l'hôpital devrait se faire avant la date d'audit et avant l'émission du rapport afin de préserver les droits de l'organisme d'audit et d'éviter tout conflit entre l'organisme, l'hôpital et le ministère de la santé.	On se réfère à la liberté contractuelle.
Annexe IX p. 20	Dr KHALIFEH	Il serait peut-être utile de préciser le sens du terme « jours ouverts ». En outre, la formule de calculs basée sur le nombre de lits est bonne à notre avis mais il y a d'autres facteurs qui influencent la cotation, spécialement l'âge de l'établissement et son caractère d'établissement universitaire, et dans ce cas à quel degré (conventionné ou CHR ou CHU...), ou non.	Ces critères n'entrent pas du tout en ligne de compte dans la procédure française.

## Référentiel « évaluation des pratiques professionnelles » (EPP)

§ - Page	Source du commentaire	Commentaire	Réponse apportée
	Hôpital de la Paix	Concernant le référentiel : et que ce soit l'ancien ou la partie ajoutée ... il est nécessaire de communiquer les notes de chaque paragraphe permettant de la sorte une transparence et une légitimité des résultats qui devraient être donnés en somme de points à la fin même de la visite d'accréditation ..... et ce pour empêcher toute interaction par des tierces personnes ... limitant de la sorte véritablement le jeu politique et autres	La procédure d'accréditation ne se base pas sur un score mais sur l'existence de décisions de type I à III. ...
	Syndicat des hôpitaux	La définition des EPP est assez peu précise dans ce chapitre. Les références de la HAS en France sont beaucoup explicites que celles proposées dans ce chapitre. Nous souhaiterions qu'elles soient plus détaillées.	La définition a été reprise du référentiel d'accréditation V2 française.
	Hôtel Dieu (J. OTAYEK)	Nous nous demandons si l'exigence de 3, 6 ou 10 projets EPP à réaliser pour tout un hôpital est suffisant ?	L'objectif est d'initier une dynamique d'EPP. Mieux vaut faire 10 bonnes EPP que 20 mauvaises...

	Syndicat des hôpitaux	<p>Le développement des démarches d'amélioration de la qualité dans le champ des pratiques cliniques de soins et médicales a déjà été introduit dans la procédure d'accréditation précédente. Ainsi, certains projets ou actions d'évaluation répondant à la définition de l'EPP sont déjà présents dans la plupart des hôpitaux (tels que les revues de mortalité-morbidité, audits et indicateurs cliniques, etc.) et pourraient donc être facilement conservés. Par contre, il nous semble que la mise en place des évaluations de la pertinence des pratiques, l'analyse des risques a priori et l'évaluation des pathologies et des problèmes de santé principaux seraient beaucoup plus difficiles à réaliser sans une collaboration étroite avec le Ministère de la Santé (MS) et les Ordres des Médecins Libanais (OM). En effet, l'introduction d'une culture qualité et une dimension d'évaluation auprès des médecins s'était montrée particulièrement laborieuse dans la précédente procédure d'accréditation et s'était conclue par une très faible participation des médecins. Il nous semble que ce n'est pas aux hôpitaux de porter à part entière la responsabilité de ce processus d'amélioration des pratiques de soins. Ainsi, il nous paraît prématuré de mettre en route les EPP avant que la formation continue des médecins n'ait été rendue obligatoire comme c'est le cas en France.</p>	<p>Il va de soi que les ordres professionnels et les sociétés savantes seront associés pour donner leur avis et qu'il leur appartient de mettre en œuvre ces procédures sur leur propre responsabilité.</p>
--	-----------------------	--	---



	Syndicat des hôpitaux	Nous déplorons qu'aucune précision ne soit apportée quant à la cotation des EPP. Aucune précision n'est apportée quant à la cotation des EPP. Dans le manuel d'accréditation française, la cotation des critères selon les quatre niveaux (A, B, C, D) et le processus décisionnel sont distincts pour les références hors EPP de celles des références EPP.	Le document est modifié dans ce sens.
	Syndicat des hôpitaux	Nous souhaitons que si une démarche d'EPP soit mise en place dans les établissements de santé, qu'elle le soit en parallèle avec l'évaluation individuelle des médecins.	Ceci est à voir en parallèle. L'EPP dans le cadre de l'accréditation ne doit pas constituer une démarche individuelle
	Syndicat des hôpitaux	Nous proposons que les sociétés savantes, en collaboration avec les OM, établissent des procédures à échelle nationale pour la prise en charge de certaines pathologies, en se référant à la médecine basée sur les évidences, plutôt que de demander à des comités hospitaliers de réaliser des protocoles à échelle locale (ex. prise en charge d'un syndrome coronarien aigu, des pneumonies communautaires, l'antibioprophylaxie en chirurgie, etc.)	Il va de soi que les ordres professionnels et les sociétés savantes seront associés pour donner leur avis et qu'il leur appartient de mettre en œuvre ces procédures sur leur propre responsabilité
	MTE	La mise en œuvre de l'EPP implique des actions de sensibilisation à l'évaluation des pratiques et en particulier des pratiques médicales.	Oui. Il revient à chaque établissement de mettre en place le dispositif adapté à ses besoins.
p. 1	Hôpital libanais	Définir les actes à risque	Il revient à chaque établissement d'établir la liste des actes à risque en fonction des spécialités.
p. 2	Hôpital libanais	Quels sont les évènements sentinelles ?	

p. 3	Hôpital libanais	Est-il recommandé que les médecins fassent chacun leur propre auto-évaluation ?	L'objectif n'est pas que chaque médecin fasse sa propre auto-évaluation. L'objectif est d'amener les équipes à évaluer les modalités de prise en charge des patients présentant certaines pathologies au regard d'un référentiel. Il s'agit donc d'un projet collectif et pas individuel.
p. 3	Hôpital libanais	Le comité d'auto-évaluation est-il formé de médecins seulement ?	Non. Il s'agit d'une équipe pluri-professionnelle composée de l'ensemble des catégories de personnels concernés par la prise en charge concernée.

## Référentiel « Sécurité des patients » (PS)

§ - Page	Source du commentaire	Commentaire	Réponse apportée
	Syndicat des hôpitaux	Plusieurs références de ce chapitre sont déjà présentes dans le manuel d'accréditation précédant, essentiellement dans les normes Occupational Health and Safety et celles du Planning and Development. Il existe une certaine confusion entre ces chapitres puisqu'il est repris dans le chapitre PS des références telles que : « les risques internes liés à la sécurité des professionnels » (PS1.2) ou « un dispositif de signalement des événements désirables est mis en place et opérationnel pour le personnel » (PS5.2). Nous nous posons la question de savoir comment ces doublons vont être cotés. Un regroupement ou une séparation claire de ces chapitres devrait être faite.	<p>Le référentiel est modifié afin de ne concerner que la sécurité des patients.</p> <p>A priori, le critère 5. 2. correspond à un dispositif de signalement des événements indésirables général mis à la disposition des personnels et non aux risques professionnels (seulement)...</p>
	Syndicat des hôpitaux	« La promotion de la sécurité des soins exige [...] des professionnels bien formés à la gestion des risques » (p.1) et cf. PS3.5. Cette formation n'est actuellement pas assurée dans nos universités. Qui va la prendre en charge ?	Il revient à chaque établissement d'étudier le dispositif le plus adapté à ses besoins
	Syndicat des hôpitaux	Quant à réduire le risque d'une pandémie grippale et « la maladie à pneumocoque » (nous aurions préféré le mot « infections ») (p.2), il nous semble que la priorité au Liban serait que le MS assure le remboursement voire la gratuité de ces vaccins comme c'est le cas dans beaucoup de pays.	Accord. Le document est modifié et « infections à pneumocoques » est remplacé par « maladies infectieuses »

	Syndicat des hôpitaux	« Améliorer la sécurité du patient en l'encourageant à participer à ses soins » (p.2), nous souhaiterions avoir des précisions sur ce qui est demandé exactement. La norme NPSG 13.01.01 de la JCAHO est beaucoup plus explicite et semble difficile à appliquer au Liban où très peu d'efforts ont été faits jusqu'à présent pour éduquer le public.	Il revient aux établissements de définir les modalités les mieux adaptées pour répondre aux exigences de ce critère.
	MTE	La longueur des phrases peut faire perdre leur lisibilité, compréhension et mémorisation potentielle des idées clés. Compte tenu de la richesse et de la densité de leur contenu, leur contenu gagnerait à être reformulé en une ou plusieurs phrases, ou présenté avec des retours à la ligne. Le style mériterait d'être épuré avec un usage plus fréquent de la ponctuation	Le document est modifié.
PS 1 – 2 p. 3	Syndicat des hôpitaux	L'hôpital doit développer des plans de lutte contre les catastrophes naturelles, épidémiologiques, écologiques (il nous semble que le risque prédominant au Liban est plus celui de guerre et d'attentats !) ainsi que des plans d'actions préventifs, correctifs, de crises, de coordination, de communication, de diffusion de feedback, ce qui nous semble un travail assez fastidieux qui pourrait être réalisé en premier lieu à l'échelle nationale.	L'établissement doit prouver son implication aux programmes que le ministère et les organismes internationaux proposent à ce sujet.
PS 1. p. 3	Hôpital libanais	Les risques externes (écologiques, catastrophes), sont définis par l'établissement ou par le Ministère de la Santé Publique ?	Il revient à chaque établissement d'identifier les risques spécifiques auxquels il est exposé.
PS 6. 8. p. 4	Hôpital libanais	Qu'est-ce que le FMEA (Failure Mode Effect Analysis) ?	Il s'agit d'une méthode d'analyse des risques (AMDEC en français). Le document est modifié.

PS 6. 8. p. 4	Hôpital libanais	Qu'est ce que le RCA (Root Cause Analysis) ?	Idem. Il s'agit de l'analyse des causes profondes.
PS 6. 11 à 6. 15 p. 4	Syndicat des hôpitaux	Sont repris directement des objectifs nationaux de sécurité des patients en France. Les références concernant la gestion des risques ont pris beaucoup d'ampleur alors qu'on admet actuellement que « nous ne disposons pas d'une réelle mesure des effets produits par la certification sur les résultats de la gestion des risques ». Nous déplorons qu'il n'existe pas au Liban, un centre national pour la sécurité des patients qui pourrait identifier des objectifs nationaux libanais et les cibles qui permettraient des progrès immédiats avec en parallèle le développement d'une stratégie de réduction des risques à long terme.	La gestion des risques est une démarche systémique. Elle implique les acteurs et pas seulement le ministère.  Ceci est à voir en parallèle avec la procédure d'accréditation.
PS 6. 14 p. 4	Syndicat des hôpitaux	La liste des LASA (look-alike, sound-alike) devrait être réalisée par l'Ordre des Pharmaciens et/ou le MS et être revue par les établissements de santé (PS6.14).	Ce point sera étudié avec l'Ordre des pharmaciens.
PS 6. 15 p. 4	Syndicat des hôpitaux	Il est difficile d'exiger « le retrait des solutions d'électrolytes concentrés des unités de soins » alors que même l'OMS et la JCAHO exigent uniquement un « contrôle des solutions d'électrolytes concentrés », en insistant particulièrement sur le chlorure de potassium ce qui laisserait un peu plus de liberté quant aux mesures à prendre pour limiter les accidents liés à ces produits.	Le document est modifié dans ce sens.
	Syndicat des hôpitaux	Enfin, il nous semble essentiel pour diminuer le risque de confusion que le MS fasse un triage des noms de médicaments existants sur le marché et pouvant porter à confusion avant d'approuver l'introduction d'un nouveau médicament au Liban.	Ceci est à voir en parallèle avec la procédure d'accréditation.