



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**Ministère de la Santé Publique (Liban)
&
Haute Autorité de la Santé (France)**

PROCEDURE NATIONALE D'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE LIBANAIS A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2009

Janvier 2010 – Version 2 (49 pages)

Modifications apportées par rapport à la version 1

Page	§	Contenu
6	II	Classification des établissements
11	VI	Envoi d'une copie du contrat au CTAH
14	VIII. 1.	Constitution des équipes d'auto-évaluation
14	VIII. 1.	Groupe de travail
23	X. 10. 2.	Nature des décisions
24	X. 10. 2.	Pondération de la gravité
24	X. 10. 3.	Modalités d'envoi du rapport

25	XI. 11. 2.	Contenu du rapport d'accréditation
26	XI. 11. 3.	Niveaux d'accréditation
26	XI. 11. 3.	Non-accréditation
26	XII.	Suivi des décisions
29-30	Annexe I	VIP

SOMMAIRE

	Page
I. L'ACCREDITATION : DEFINITION ET OBJECTIFS	5
II. LES ETABLISSEMENTS CONCERNES PAR L'ACCREDITATION	6
III. LES ORGANES D'ACCREDITATION	7
3. 1. Le Comité National d'Accréditation Hospitalière (CNAH)	7
3. 2. Comité technique d'accréditation hospitalière (CTAH)	8
IV. LA DUREE DE L'ACCREDITATION	9
V. L'ENGAGEMENT DANS LA PROCEDURE	9
5. 1. La présentation de l'établissement	9
5. 2. Le contrat d'accréditation	10
VI. LE CHOIX DE L'ORGANISME D'AUDIT	10
VII. ACCREDITATION ET DEMARCHE QUALITE	11
7. 1. Le leadership et la coordination	11
7. 2. Le calendrier d'exécution	12
VIII. L'AUTO-EVALUATION	14
8. 1. Les équipes d'auto-évaluation	14
8. 2. La réalisation de l'auto-évaluation	14
8. 3. Le rapport d'auto-évaluation	16
IX. LA VISITE D'ACCREDITATION	18
9. 1. Les objectifs de la visite	18
9. 2. Les étapes préparatoires de la visite	19
9. 3. Le déroulement de la visite	20
X. LE RAPPORT D'AUDIT	23
10. 1. La structure du rapport	23
10. 2. Les recommandations	23
10. 3. Le circuit du rapport d'audit	24
XI. LE RAPPORT D'ACCREDITATION	25
11. 1. Le circuit du rapport d'accréditation	25
11. 2. Le contenu du rapport d'accréditation	25
11. 3. Les niveaux d'accréditation	26
11. 3. Les contestations	26
XII. LE SUIVI DES DECISIONS	26
XIII. LE FINANCEMENT DU DISPOSITIF	27

Annexe I : Volet d'identification et de planification (VIP)	28
Annexe II : Exemple de grille d'auto-évaluation (QS)	31
Annexe III : Support de formulation des observations	45
Annexe IV : Support de formulation des contestations	48

ABREVIATIONS

Les abréviations suivantes peuvent être utilisées :

- ES : Etablissement de Santé ;
 - AE : Auto-Evaluation ;
 - CNAH Comité National d'Accréditation Hospitalière ;
 - CTAH : Comité Technique d'Accréditation Hospitalière ;
 - EPP : Evaluations des Pratiques Professionnelles ;
-

Ce document a pour objet de décrire de façon précise le processus d'accréditation des établissements de santé du Liban à compter du 1^{er} janvier 2009. En effet, à cette date, l'ensemble des établissements de santé publics et privés du Liban auront bénéficié de la première, voire d'une seconde, itération de l'accréditation.

Depuis de nombreuses années les autorités sanitaires se sont efforcées d'accroître la performance des services hospitaliers sans intervenir directement sur les pratiques professionnelles, mais en les encadrant sur le plan économique et financier. Les résistances soulevées par ces tentatives, n'ont pas modifié l'organisation du travail. L'idée d'une régulation par les professionnels eux-mêmes s'impose. L'évaluation de la qualité apparaît ainsi comme l'outil susceptible d'apporter une solution, de provoquer une « prise de conscience » qui corrige les déficiences actuelles en optimisant le rapport coûts/bénéfices selon une approche à la fois professionnelle et sociétale visant la satisfaction de l'utilisateur.

La réflexion sur l'amélioration de la qualité porte sur le développement des normes, leur application avec preuves et mesures. L'accréditation des établissements hospitaliers libanais s'inscrit dans cette perspective. La procédure incite les établissements hospitaliers à examiner à la fois leur fonctionnement (aspect organisationnel, pratiques professionnelles et cliniques) et la satisfaction des usagers par rapport aux prestations fournies pour une amélioration continue de leur performance.

La dimension pédagogique de cette accréditation est importante: il s'agit d'impulser une dynamique de progrès, à partir d'une évaluation objective du niveau de conformité à des normes reconnues par les professionnels.

L'accréditation peut faire évoluer les établissements hospitaliers vers une pratique décisionnelle plus cohérente avec leurs conditions d'environnement interne et externe. Elle leur permet de passer d'une attitude réactive, au coup par coup, à un comportement décisionnel octroyant la plus large part possible à l'anticipation.

Elle permettra d'alléger les tensions inutiles pour affronter les réalités avec plus de rationalité. Cette méthode de référence limite le jeu politique interne en impliquant le plus grand nombre possible d'acteurs dans le processus de prise des décisions et en les dotant d'une méthodologie commune.

L'accréditation est aussi un puissant facteur d'intégration entre les différentes dimensions technique, scientifique et socioéconomique incarnées par les trois piliers de l'organisation que sont le corps infirmier, le corps médical et le corps administratif. L'accent est souvent mis sur l'appréciation du service médical rendu au patient.

Le nouveau dispositif d'accréditation des établissements de santé libanais se distingue du précédent par :

- l'intégration dans le Manuel d'accréditation de deux chapitres supplémentaires :
 - o la sécurité du patient
 - o l'évaluation des pratiques professionnelles
- la création d'un Comité technique d'accréditation hospitalière dépendant du Ministre de la santé (cf. 3.2)
- l'agrément d'organismes chargés de réaliser les audits d'accréditation, autrement appelés visites d'accréditation
- l'obligation pour tous les établissements de santé de réaliser une auto-évaluation préalable à la visite d'accréditation
- la possibilité pour les établissements de santé de faire des observations sur le contenu du rapport ou de contester les décisions du comité national d'accréditation hospitalière.

I. L'ACCREDITATION : DEFINITION ET OBJECTIFS

La Société Internationale pour la Qualité des Soins Médicaux (ISQua) définit l'accréditation comme :

- «Un processus d'auto-évaluation et d'évaluation externe par des pairs utilisé par les établissements de santé pour évaluer leur performance de façon adéquate par rapport à des normes préétablies et utiliser des méthodes visant à améliorer le système de soins de façon continue.»
- «Une reconnaissance publique par un organisme d'accréditation national de la conformité avec des normes d'accréditation par un établissement de santé qui a été prouvée à travers une évaluation externe et indépendante par des pairs du niveau de performance de cet établissement par rapport aux normes.»

Il s'agit d'un examen et d'une analyse du système qualité d'un programme d'accréditation en vue de s'assurer de son adéquation aux exigences et de l'efficacité de ses performances.

Les objectifs de l'accréditation sont:

- l'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins;
- l'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer les conditions du travail, les soins et la prise en charge globale du patient;
- la formulation de recommandations explicites;
- la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements hospitaliers et la confiance du public.

L'approche adoptée pour l'accréditation des établissements de santé du Liban est à la fois celle de l'assurance qualité, de l'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques :

- L'assurance qualité permet d'instaurer une relation de confiance entre les prestataires de soins et les patients, en fournissant la preuve écrite que l'établissement s'est doté de moyens pour maîtriser les risques de dysfonctionnement.
- L'amélioration continue de la qualité repose sur l'analyse du fonctionnement des processus, afin d'améliorer la qualité. Cette méthode est participative et implique l'ensemble des professionnels concernés par les processus étudiés. Elle constitue un véritable outil de management. Dans cette démarche, il n'y a pas de référentiel a priori ; ce sont les professionnels qui définissent les actions d'amélioration et les indicateurs permettant de suivre et de maintenir le niveau de qualité souhaité.
- La gestion des risques est fondée sur le repérage, la prévention et le contrôle des risques encourus, par les patients et leur entourage mais également par le personnel de l'établissement.

Un établissement qui sollicite l'accréditation s'engage à développer un système de qualité, permettant aux professionnels de santé de fournir le meilleur niveau de prestation possible au patient par :

- l'identification et l'action sur les aspects clés concernant la sécurité du patient ;
- l'auto-évaluation et l'amélioration des aspects clés des prestations en conformité avec les normes d'accréditation ;
- la mise en place des corrections pour les lacunes identifiées ;
- l'appel à des auditeurs externes indépendants pour évaluer la qualité des services rendus ;
- l'exploitation des recommandations pour s'améliorer de façon continue

Un établissement de santé « accrédité » démontre ainsi :

- la mise en place d'un processus de gestion des risques couvrant tous les secteurs d'activité pour une sécurité optimale du patient- usager ;
- la mise en place d'un système de qualité compréhensif qui vise à identifier les lacunes dans les prestations des soins/services et les rectifier ;
- une conformité optimale avec les normes nationales d'accréditation.

On peut dire qu'un établissement hospitalier est "accrédité" lorsque l'agencement et l'organisation de ses ressources et activités constituent un processus qui se traduit par des soins médicaux et des services de qualité satisfaisante.

Par ailleurs, l'accréditation contribue à la contractualisation entre les hôpitaux, le Ministère de la santé publique et les caisses de financement en ayant un impact sur le niveau de remboursement qui tient compte du niveau d'accréditation de l'établissement.

II. LES ETABLISSEMENTS CONCERNES PAR L'ACCREDITATION

Dans le manuel d'accréditation, est considéré comme établissement hospitalier tout établissement - quel que soit son nom - consacré à la prestation de soins médicaux, en service hospitalier ou en consultation externe, qu'il soit privé, public ou relève de la sécurité sociale, quel que soit son degré de complexité, à but lucratif ou non lucratif, et ouvert à l'ensemble de la collectivité ou limité à un secteur de cette collectivité.

Le manuel vise les établissements, polyvalents et spécialisés, pour soins hospitaliers aigus, sans égard à la dénomination générique qu'on a pu leur donner. Cette définition demande que l'on précise les termes utilisés:

- Dénomination de l'établissement : hôpital, centre médical, polyclinique, clinique ou tout autre terme équivalent ;
- Etablissement polyvalent : il assure des soins dans quatre services de base - médecine, chirurgie générale, pédiatrie et obstétrique et gynécologie, en faisant appel soit à des spécialistes soit à des généralistes ;
- Etablissement spécialisé : il s'agit d'un établissement de court séjour pour une spécialité clinique ;
- Etablissement pour soins aigus : il est consacré au traitement de maladies à court terme, indépendamment du caractère aigu ou chronique de la pathologie; en sont exclus les pathologies exigeant l'hébergement pendant de longues durées, pour les patients souffrant d'invalidités ou de troubles permanents et demandant un séjour permanent avec des soins médicaux auxiliaires ;
- Etablissement avec hospitalisation : il offre une hospitalisation, avec ou sans soins en consultation externe, bien que les deux phases des soins médicaux puissent être effectuées dans des bâtiments différents; l'hospitalisation devra constituer l'un des principaux objectifs de l'établissement et pas simplement un service secondaire. (Comme dans le cas des lits pour la récupération des patients en consultation externe, des lits pour observation, ou des "hôpitaux de jour" pour les traitements en consultation externe).

Le dispositif d'accréditation permet ainsi à chaque établissement de postuler dans une des catégories suivantes :

- établissement de santé universitaire
- établissement de santé non universitaire avec des services de soins tertiaires
- établissement de santé général
- établissement de santé spécialisé

Ceci permet qu'aucun établissement ne soit pénalisé du fait de l'absence d'activités, puisque le niveau d'accréditation tient dorénavant compte uniquement des activités autorisées et

déployées dans l'établissement concerné. Ainsi, certaines parties du manuel ne seront pas opposables dans les établissements qui ne les proposent pas.

Lorsque l'établissement comporte plusieurs sites hospitaliers, il appartient au représentant légal de l'établissement de santé de déterminer si la structure juridique dans son entier fait l'objet d'une seule démarche ou si plusieurs démarches concernent des mises en place différentes dans une logique de découpage respectant les modes de prise en charge des patients.

Ainsi, pour être éligible à participer au programme d'accréditation, un établissement doit:

- être un établissement hospitalier pour soins aigus ;
- être fonctionnel au moins depuis douze (12) mois avant la visite d'accréditation;
- assurer la disponibilité des services nécessaires à réaliser la mission de l'établissement. Ces services peuvent être fournis directement par l'établissement ou sous-traités.

Dans le cas des établissements ayant été accrédités ou certifiés par des organismes internationaux, cette initiative sera prise en compte mais n'exonère pas l'établissement de mettre en œuvre la procédure d'accréditation.

Les établissements de long séjour ne sont pas concernés par la présente procédure d'accréditation.

III. LES ORGANES D'ACCREDITATION

3. 1. Le Comité National d'Accréditation Hospitalière (CNAH)

La loi décret 9826 du 22 juin 1962 modifiée par le décret législatif 139/83 du 16/9/1983, stipule dans l'Article 7 qu' « il est créé au sein du Ministère de la Santé un « comité d'évaluation de classification et d'accréditation des hôpitaux ». Ce comité est amené à constituer le Comité National d'Accréditation Hospitalière. Un ensemble de documents constitutifs est à mettre en place notamment, le règlement intérieur de cette instance, permettant l'institutionnalisation de la nouvelle procédure d'accréditation et sa structure.

Le mandat de ce comité serait de favoriser, tant au sein des établissements hospitaliers publics que privés, le développement de l'évaluation des soins, ainsi que de mettre en œuvre la procédure d'accréditation dans ces établissements.

Les membres de ce comité sont désignés par décision du ministre de la santé.

Pour chacun des membres du comité, il est nommé un suppléant désigné dans les mêmes conditions. Le suppléant ne siège au comité qu'en cas d'absence ou d'empêchement du titulaire.

Le Comité National d'Accréditation Hospitalière est présidé par le directeur général du ministère de la santé.

Sont désignés en qualité de membres du Comité National d'Accréditation Hospitalière :

- 2 représentants du syndicat des hôpitaux privés ;
 - 2 représentants des Ordres des Médecins ;
 - Un représentant des services médicaux de l'armée ;
 - Un représentant de la caisse nationale de la sécurité sociale ;
 - Un représentant de chacune des facultés de médecine du Liban ;
 - Une Personnalité qualifiée dans le domaine de la gestion hospitalière ;
 - Un Directeur des Soins au ministère de la santé publique (MSP) ;
 - Un Chef de service des hôpitaux au MSP – rapporteur
-

Le CNAH est chargé :

- de définir les orientations stratégiques d'accréditation hospitalière;
- d'assurer la coordination des actions de mise en œuvre du système d'accréditation hospitalière;
- de fixer les échéances pour la mise en œuvre des visites d'accréditation;
- de valider les procédures d'accréditation hospitalière;
- de valider et diffuser les standards et référentiels d'accréditation hospitalière, les faire diffuser par décret ministériel au Journal Officiel;
- d'approuver les rapports d'audit des organismes agréés et présentés par le comité technique ;
- de définir les niveaux d'accréditation des établissements hospitaliers ;
- de proposer les incitations financières liées aux résultats de l'accréditation.

Le CNAH a les prérogatives pour demander l'aide et l'assistance d'une tierce partie pour l'aider dans l'accomplissement de ses missions, en particulier pour l'élaboration et la mise à jour des référentiels.

Le CNAH se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président.

Le CNAH adopte l'organisation et le fonctionnement qui lui permet de satisfaire dans les meilleures conditions les attributions qui lui sont assignés.

3. 2. Le Comité Technique d'Accréditation Hospitalière (CTAH)

Le comité technique d'accréditation hospitalière est une entité impartiale, qui possède la compétence et la fiabilité nécessaire pour assurer l'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 de santé au Liban. Il dispose de la structure et des moyens nécessaires notamment humains pour assurer le contrôle et la surveillance de l'ensemble des étapes et actions relatives à la mise en place, la continuité et la pérennité du programme.

Le comité est composé de 5 personnes étrangères qualifiées et proposées par la Haute Autorité de Santé et nommées pour 3 ans par décision ministérielle.

Le comité s'appuie sur des audits externes réalisés par les organismes agréés tels que prévus dans le document « modalités d'agrément et de fonctionnement des organismes d'audit pour l'accréditation des établissements de santé libanais » et sur l'ensemble de dispositifs et des ressources disponibles du programme national d'accréditation. Il fonctionne en parfaite coordination avec le comité national d'accréditation.

Le comité se réunit sur convocation de son président. Il peut organiser des réunions d'urgence si le président le juge nécessaire. Le comité prépare un rapport annuel de ses activités approuvé par le comité de pilotage de l'accord passé entre le Ministère de la Santé Publique du Liban et la Haute Autorité de Santé.

Le comité est chargé des missions suivantes :

- analyser les dossiers de demande d'agrément des organismes d'audit
- sélectionner les organismes d'audit et proposer l'agrément au Ministère de la santé
- analyser les rapports d'audit réalisés par les organismes
- proposer au Ministère de la santé du Liban les rapports d'accréditation
- contrôler les organismes d'audit agréés et présenter un rapport au Ministère de la santé

IV. LA DUREE DE L'ACCREDITATION

Hormis dans le cas où un problème de sécurité des biens et des personnes est mis en exergue par les auditeurs lors de la visite d'accréditation et conformément au décret législatif 136 du 16/09/1983, la durée de l'accréditation est fixée à 2 ans.

Tout établissement ayant suivi le processus conformément aux règles établies dans le présent document bénéficie donc d'une accréditation pour 2 ans quel que soit son niveau d'accréditation (cf. § X.) et d'un délai supplémentaire d'un an pour mettre en place les actions correctives et finaliser sa démarche d'amélioration de la qualité.

Il revient à l'établissement de relancer le processus d'accréditation durant cette année supplémentaire. Ainsi, le délai entre deux procédures d'accréditation est au maximum de 3 ans.

V. L'ENGAGEMENT DANS LA PROCEDURE

A compter du 1^{er} janvier 2009, la planification des procédures est initiée directement par le Ministère de la santé publique du Liban, à la demande des établissements de santé.

Les modalités de planification s'attachent à respecter l'ordre de passage des établissements dans la précédente procédure ainsi qu'un délai de 3 ans au plus après la visite précédente.

Le représentant légal de l'établissement transmet, au CNAH, au plus tôt 1 an avant la période semestrielle de visite retenue, le dossier d'engagement accompagné des informations relatives à :

- l'organisme agréé qu'il a retenu pour le déroulement de sa visite d'accréditation,
- la période souhaitée pour passer l'audit.

Le comité technique, planifie ensuite le processus de restitution de l'accréditation avec le CNAH et précise le calendrier prévisionnel de la décision du comité.

Le modèle d'accréditation proposé est fondé sur un cycle continu d'au maximum trois ans. La planification et l'organisation de la procédure sont réalisées de manière que ce délai soit respecté.

5. 1. La présentation de l'établissement

L'engagement dans la procédure d'accréditation consiste en la transmission par l'établissement au Ministère de la santé, à l'appui de la lettre d'engagement du représentant légal, et après consultation de l'instance dirigeante, d'un dossier simplifié qui comporte :

- le volet d'identification et de planification (VIP) ;
- le plan stratégique de l'établissement ;
- les modifications intervenues depuis la dernière procédure, portant sur les aspects juridiques et sur les modalités de prise en charge des patients ;
- une description de l'état d'avancement de sa démarche qualité ;
- le suivi des recommandations formulées lors de la visite d'accréditation précédente ;
- l'organisme agréé éventuellement sélectionné par l'établissement pour sa visite d'accréditation (cf. « modalités d'agrément et de fonctionnement des organismes d'audit pour l'accréditation des établissements de santé au Liban ») ;
- le calendrier prévisionnel de fin d'auto évaluation et d'intervention.

À la réception de ce dossier, le Ministère de la santé publique procède à l'enregistrement et à l'analyse de cette demande.

5. 2. Le contrat d'accréditation

Sur la base des informations recueillies au sein du volet d'identification et de planification (VIP), le Ministère de la santé publique élabore le contrat d'accréditation qui est envoyé pour signature par l'établissement environ 6 mois avant la visite.

Ce contrat précise les engagements du comité national d'accréditation hospitalière, le comité technique, l'établissement hospitalier et son organisme agréé retenu pour le bon déroulement de la démarche d'accréditation.

Ces engagements portent notamment sur les points suivants :

- le périmètre de la démarche : le ou les établissements et entités juridiques concernés par la démarche ;
- la période de visite retenue (mois et année) ;
- le contrat signé entre l'établissement et l'organisme agréé choisi par l'établissement ;
- les exigences de production de documents : il s'agit notamment de l'ensemble des grilles de recueil de l'auto-évaluation. Les exigences portent aussi sur le respect des délais et sur la qualité des informations produites, la transparence de la relation avec l'organisme agréé (selon le cahier des charges et les règles). Les dates exactes de visite seront connues, en concertation avec l'organisme agréé et l'établissement, au plus tard 2 mois avant la visite. Les dates, le dimensionnement de la visite en nombre de jours et en nombre d'auditeurs doivent être précisés par l'organisme agréé et l'établissement, au plus tard 2 mois avant la visite. A la suite de tout changement, l'établissement et son organisme mentionnent et expliquent les raisons de toute modification ou changement de la visite. En cas de défaillance ou de non-respect des règles de méthodologie par l'établissement, le CTAH peut prendre une décision de non-satisfaction à la procédure ;
- l'obligation pour les organismes agréés de signaler, au moment de la visite d'accréditation, toute situation mettant en jeu la qualité de la démarche et/ou la sécurité des patients ou des personnels ;
- des engagements réciproques de bonne conduite en matière de confidentialité de la transparence et de respect des échéances ;
- l'acceptation de la contribution financière.

Le processus d'accréditation comporte quatre composantes essentielles:

- la préparation et la réalisation de l'auto-évaluation par l'établissement hospitalier ;
- l'audit par un organisme agréé pour valider les résultats de l'auto-évaluation ;
- la présentation du rapport d'audit et la définition du niveau d'accréditation ;
- l'amélioration continue de la qualité.

VI. LE CHOIX DE L'ORGANISME D'AUDIT

Suite au choix d'un organisme agréé, l'établissement signe un contrat selon les règles de la procédure actuelle et conforme à l'annexe VIII du document « modalités d'agrément et de fonctionnement des organismes d'audit pour l'accréditation des établissements de santé du Liban ».

Afin de suivre la planification des audits, un double du contrat est envoyé au CTAH par l'organisme agréé.

Les organismes d'audit sont sélectionnés et agréés conformément au cahier des charges prévu dans le document « modalités d'agrément et de fonctionnement des organismes d'audit pour l'accréditation des établissements de santé du Liban ». Ce document précise les

règles d'intervention et de contrôle des organismes agréés pour une durée de 3 ans, ainsi que les règles de sélection, d'intervention et d'évaluation des auditeurs.

VII. ACCREDITATION ET DEMARCHE QUALITE

Un des objectifs de l'accréditation est de reconnaître au sein des établissements de santé l'efficacité et le dynamisme d'une démarche qualité pérenne. Il convient donc que les responsables initient et supportent une véritable démarche d'amélioration de la qualité basée sur le manuel d'accréditation.

7.1. Le leadership et la coordination

Le processus d'accréditation constitue un engagement majeur pour un établissement hospitalier. Afin d'en assurer la réussite et améliorer la qualité et la sécurité de façon continue, il est nécessaire de mettre en place des structures clés et de fournir des supports adéquats.

Bien que la stratégie retenue par chaque établissement puisse être différente, certains aspects importants doivent être mis en place pour assurer un leadership et un management appropriés et une coordination du processus de l'accréditation. Ceux-ci incluent :

- l'engagement de la direction
- la mise en place d'un Comité de pilotage de l'accréditation
- l'identification d'un coordinateur d'accréditation

7. 1. 1. L'engagement de la direction

Il est important que la direction encourage les activités d'accréditation de l'établissement et reste impliquée activement durant toutes les étapes du processus.

Elle doit communiquer les raisons clés de l'engagement dans l'accréditation et les avantages que l'établissement espère réaliser à travers ce processus.

Tout cela afin de créer les conditions propices à la participation des personnes clés dans cette démarche.

7. 1. 2. Le Comité de pilotage de l'accréditation

Afin d'assurer le suivi du processus d'accréditation il est nécessaire de former un comité de pilotage d'accréditation si aucun Comité « qualité » n'existe dans l'établissement. Ce comité doit être interhiérarchique et multidisciplinaire. Il peut être établi spécifiquement pour ce but ou il peut découler des instances institutionnelles existantes, par exemple comité de direction, comité de gestion de la qualité, etc.

Les attributions du comité de pilotage sont :

- d'établir les objectifs de l'accréditation ;
- de définir le plan global de mise en oeuvre de la procédure ;
- d'assurer la formation/l'éducation appropriée et le soutien nécessaire pour l'établissement ;
- de promouvoir le processus d'accréditation dans l'établissement ;
- de déterminer la composition des équipes d'auto-évaluation ;
- de coordonner tous les niveaux de la hiérarchie ;
- d'assurer le suivi des activités du coordinateur d'accréditation ;
- d'assurer le suivi des recommandations formulées suite à la visite d'accréditation.

7. 1. 3. Le Coordinateur d'accréditation

La logique du processus d'accréditation exige que l'établissement désigne une personne comme « coordinateur d'accréditation » pour gérer les activités d'accréditation et établir le lien entre l'établissement et l'organe d'accréditation.

Ses missions sont les suivantes :

- Établir un plan pour préparer la procédure d'accréditation ;
- Contribuer à la définition des objectifs de l'accréditation ;
- Evaluer les besoins de formation des équipes et coordonner le programme de formation ;
- Piloter les équipes pendant l'auto-évaluation ;
- Fournir aux équipes les outils nécessaires, par exemple le manuel d'accréditation et les guides pédagogiques, pour conduire l'auto-évaluation ;
- Assurer une communication et une collaboration efficaces tout au long du processus ;
- Assurer que les grilles d'auto-évaluation sont complétées et soumises dans les délais prévus ;
- Organiser et affecter les supports logistiques nécessaires lors de la visite d'accréditation ;
- Rassembler et indexer tous les documents disponibles dans l'établissement ;
- Préparer les équipes d'auto-évaluation pour les rencontres avec les auditeurs durant la visite ;
- Communiquer avec l'organisme agréé d'audit.

Ce rôle revient naturellement au Coordonnateur de la qualité si ce professionnel existe au sein de l'établissement. Dans le cas contraire, un membre du personnel peut être dédié uniquement à ce travail de coordinateur d'accréditation. Un coordinateur d'accréditation doit avoir les compétences nécessaires dans les domaines de la gestion de la qualité, la gestion de projet, le management et en gestion documentaire, aussi bien qu'une bonne connaissance du processus de l'accréditation. Il doit pouvoir s'appuyer sur une organisation logistique adaptée.

7.2. Le calendrier d'exécution

Le modèle d'accréditation proposé est fondé sur un cycle continu de trois ans. Les établissements de santé doivent donc intégrer tous les 3 ans, dans le cadre de leur démarche d'amélioration de la qualité, toutes les étapes du processus d'accréditation :

- la préparation,
- l'auto-évaluation,
- la visite,
- l'évaluation continue

Afin d'assurer une bonne gestion du processus d'accréditation une « feuille de route » devrait indiquer toutes les activités et les étapes majeures du processus qui doivent être complétées selon un calendrier déterminé. Un « calendrier d'exécution » générique peut être présenté selon le tableau suivant :

Mois	Action
- 12	Inscription dans le processus d'accréditation Formation des équipes d'auto-évaluation
- 12 à - 6	Choix de l'organisme agréé
de - 9 à - 3 (selon la taille de l'établissement)	Réalisation de l'auto-évaluation
- 6	Signature du contrat entre l'établissement et le Comité technique d'accréditation hospitalière
- 3	Envoi des résultats de l'auto-évaluation à l'organisme agréé
- 2	Elaboration du calendrier de visite par l'organisme agréé
- 2	Désignation de l'équipe d'audit par l'organisme agréé
0	Visite d'accréditation
+ 1	Envoi du rapport d'audit au Comité technique d'accréditation hospitalière et à l'établissement
+ 2	Formulation d'éventuelles observations ou contestations par l'établissement
+ 5	Envoi du rapport d'accréditation à l'établissement et publication éventuelle sur Internet
+ 12 *	Evaluation continue - rapport de suivi (le cas échéant)
+ 18 *	Evaluation continue - visite de suivi (le cas échéant)
+ 24	Inscription dans le processus d'accréditation suivant

*** Ces échéances ne sont effectives que si le rapport d'accréditation prévoit un rapport ou une visite de suivi. Elles le sont par ailleurs qu'indicatives, la durée étant déterminée en fonction de la situation constatée lors de l'audit.**

VIII. L'AUTO-EVALUATION

L'auto-évaluation constitue une innovation du processus d'accréditation par rapport au dispositif antérieur et une étape essentielle au bon déroulement de l'accréditation.

L'auto-évaluation permet à l'établissement d'examiner ses activités quotidiennes et les évaluer en regard des normes d'accréditation. Il s'agit de positionner l'établissement au regard des exigences du Manuel d'accréditation et d'examiner l'évolution de la situation.

Elle permet aussi d'identifier les conformités, mais aussi les points à améliorer.

8.1 Les équipes d'auto-évaluation

Afin de réaliser l'auto-évaluation, des équipes d'auto-évaluation doivent être formées. La composition de ces équipes doit refléter une approche multidisciplinaire de prise en charge au sein de l'établissement.

La composition des équipes doit plus se fonder sur le niveau de compétence des membres que sur les postes qu'ils occupent.

Afin de décloisonner au maximum, il convient de mener une réflexion préalable sur la constitution des équipes d'auto-évaluation. Les auditeurs ayant pour mission de rencontrer les groupes d'auto-évaluation, il n'est pas opportun de créer un groupe d'auto-évaluation par chapitre du référentiel, mais plutôt d'avoir une réflexion en termes de filières de prise en charge et de secteurs d'activité.

Au minimum, les établissements doivent mettre en place 5 groupes d'auto-évaluation, hors EPP, sur la base des domaines suivants :

- prise en charge des patients
- secteurs médico-techniques
- secteurs logistiques et techniques
- management
- sécurité du patient

Ainsi, les équipes d'auto-évaluation doivent, dans leur composition, refléter à la fois les services fournis par l'établissement ainsi que la structure du manuel d'accréditation. Il est important de noter que l'équipe de l'auto-évaluation reflète les exigences des normes et pas d'un service ou un département. Ainsi, l'équipe d'auto-évaluation de la gestion des ressources humaines doit reflète les normes des ressources humaines dans l'ensemble de l'établissement et pas seulement le département/service des ressources humaines. Une équipe d'auto-évaluation des soins/services doit tenir compte du parcours du patient/usager durant sa prise en charge à travers l'ensemble de l'établissement et pas seulement dans un service ou dans une unité donnée.

Chaque équipe peut comprendre en moyenne 6 à 15 membres. Le nombre d'équipes dépend du nombre de soins/services fournis par l'établissement.

Dans les petits établissements, on peut opter pour une seule équipe d'auto-évaluation multidisciplinaire pour l'ensemble de l'établissement.

Dans certains établissements, il peut être nécessaire de mettre en place des groupes de travail. Ainsi, un groupe d'auto-évaluation relatif à la prise en charge des patients peut-il créer un groupe de travail « prise en charge médicale », un autre « prise en charge chirurgicale », un autre « pédiatrie »... La réunion des conclusions de ces groupes de travail permet de préparer le rapport d'auto-évaluation relatif à la prise en charge des patients.

Concernant, les Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP), un groupe d'auto-évaluation est mis en place pour chaque action d'évaluation (cf. le référentiel EPP).

Dans la plupart des cas, ces actions concernent plusieurs catégories professionnelles. Il est donc utile d'associer tous les acteurs concernés par le sujet.

L'équipe d'auto-évaluation définit la méthode, la taille de l'échantillon, recueille les données, analyse les résultats, communique sur les résultats, propose et suit les actions d'amélioration.

8.2 La réalisation de l'auto-évaluation

L'auto-évaluation est réalisée par les équipes concernées sur une période moyenne de 6 mois, à adapter en fonction de la taille de l'établissement. Durant cette période, les équipes d'auto-évaluation se réunissent régulièrement. Une trace de ces réunions est conservée (feuille d'émargement).

L'expérience a montré que les réunions des équipes varient entre des réunions une fois par semaine pour une ou deux heures, à des réunions d'une demi-journée une fois par mois. Quel que soit le processus adopté, il est nécessaire de respecter les étapes clés lors de l'auto-évaluation. Elles incluent :

- Formation ;
- Discussion ;
- Accord sur le principe de conformité et les opportunités d'amélioration ;
- Compilation des preuves de conformité ;
- Identification des supports documentaires disponibles ;
- Cotation selon l'échelle d'appréciation.

8.2.1. Formation

Avant de lancer les travaux d'auto-évaluation, les membres doivent connaître :

- les objectifs et le déroulement du processus d'accréditation
- les objectifs de l'auto-évaluation
- leurs missions dans le cadre de l'auto-évaluation
- la structure et le contenu global du Manuel d'accréditation et pas uniquement la partie relevant de leur équipe pour avoir une bonne compréhension des exigences dans les divers secteurs d'activité.

8.2.2. Discussion

Les discussions et les débats au sein des équipes d'auto-évaluation sont au cœur de la valeur ajoutée du processus global de l'accréditation. À travers l'encouragement des discussions ouvertes, les équipes doivent répondre aux questions clés telles que:

- Quelles activités réalisons-nous par rapport à chaque critère?
- Qu'est-ce que nous faisons correctement ?
- Où est-ce que nous pourrions nous améliorer ?
- Est-ce que nous faisons déjà quelque chose à ce propos ?
- Que devons-nous apporter comme éléments de preuve pour valider ce que nous faisons?
- Qui d'autre est-ce que nous pourrions solliciter afin d'obtenir une idée plus claire sur notre performance? personnel ? partenaires ? clients ?

Pour chaque référence, des critères représentent des éléments spécifiques pour aider à définir quels types de preuve sont nécessaires pour vérifier la conformité. Ces critères, ainsi que les exemples et les illustrations présentées dans les lignes directrices associées aux références, constituent un point de départ pour les équipes durant leurs discussions.

8. 2. 3. Accord sur le principe de conformité et les opportunités d'amélioration

Durant les discussions, l'équipe doit essayer d'identifier dans quelle mesure les activités de l'établissement sont conformes aux critères du manuel. Au cas où elles ne sont pas conformes, l'équipe doit identifier quel type d'action doit être entreprise pour parvenir à la conformité. Il est nécessaire que chaque équipe se mette d'accord sur ces points et que ses conclusions soient documentées.

8. 2. 4. Compilation des éléments de preuve

Suite aux évaluations des équipes du degré de conformité au regard de chaque critère du manuel d'accréditation, il faut identifier quelles preuves peuvent être fournies pour justifier ces constatations. Les preuves seront examinées pendant la visite d'accréditation pour permettre aux auditeurs de valider les conclusions des équipes d'auto-évaluation. En identifiant les preuves de conformité, l'équipe d'auto-évaluation doit examiner ce qui peut être fourni en relation avec les structures, les processus et les résultats. En cas d'identification d'une opportunité d'amélioration, les preuves de progression, par exemple un plan d'amélioration de la qualité, doivent être mises en évidence.

8. 2. 5. Auto-évaluation et évaluation des pratiques professionnelles

Dans la nouvelle version du référentiel d'accréditation libanais plusieurs critères présents dans certains référentiels sont en lien avec l'évaluation des pratiques professionnelles, que ce soit en matière de politique institutionnelle, d'environnement des soins, de domaines clés de prise en charge médicale et de la sécurité du patient.

Afin de garantir un degré suffisant d'engagement dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, un nombre minimum de projets est exigé pour chacun de ces critères. Ce nombre varie selon la taille de l'établissement de santé et le nombre de prises en charge, conformément au tableau suivant :

	De 1 à 50 lits d'hospitalisation complète et de jour	De 51 à 150 lits d'hospitalisation complète et de jour	Plus de 150 lits d'hospitalisation complète et de jour
EP 4	1	2	3
EP5	1 (au choix)	1	2
EP6		1	2
EP7	1	2	3
TOTAL	3	6	10

Pour les établissements spécialisés, les EPP se focalisent souvent sur la spécialité clinique de l'établissement.

8.3 Le rapport d'auto-évaluation

Le Manuel d'accréditation comprend des chapitres comprenant des références, elles-mêmes déclinées en critères. Ainsi, le chapitre « Anesthetics (AN) » comprend 13 références. La référence constitue la base de l'auto-évaluation.

8. 3. 1. Grilles de saisie

Des grilles de saisie sont disponibles sur le site Internet du Ministère de la santé publique du Liban pour permettre aux professionnels de l'établissement de mettre en forme le rapport d'auto-évaluation (l'annexe II présente la grille d'auto-évaluation du chapitre QS).

La grille d'auto-évaluation propose de lister les « Eléments de Preuves » qui permettront à l'Etablissement d'apporter la preuve factuelle nécessaire à l'objectivité des résultats.

Pour les EPP, Le nombre de projets faisant l'objet de grilles d'auto-évaluation est limité au nombre de projets exigés.

L'objectivité et la sincérité des résultats constituent un critère de satisfaction à la procédure. Ceci implique que les réponses et les commentaires éventuels reposent sur des faits validés.

8. 3. 2. Cotation des références (hors EPP)

Toutes les références font l'objet d'une cotation par les membres du groupe d'auto-évaluation.

Tous les critères doivent être renseignés en fonction de leur degré de mise en œuvre et de maîtrise dans l'établissement selon trois réponses possibles :

- Oui, totalement
- Non, pas du tout
- En partie.

L'établissement de santé n'étant pas concerné par un critère l'identifie comme « non applicable » dans la grille d'auto-évaluation.

Les professionnels doivent par ailleurs commenter de façon objective chaque critère pour permettre aux auditeurs de comprendre la situation exacte au regard du référentiel.

La cotation dépend des réponses apportées à chaque critère et doit être établie suivant l'échelle générique suivante :

- A : l'établissement répond parfaitement et en permanence à l'ensemble des critères constituant la référence
- B : l'établissement répond globalement ou la plupart du temps aux critères constituant la référence
- C : l'établissement ne répond que partiellement ou rarement aux critères constituant la référence
- D : l'établissement ne répond pas du tout et jamais aux critères constituant la référence
- NA : référence non applicable

Cette cotation permet :

- aux équipes de mesurer le niveau de qualité atteint ;
- aux auditeurs de préparer leur plan de visite ;
- de favoriser les échanges entre professionnels de l'Etablissement pendant l'auto-évaluation et les échanges avec les auditeurs lors de la visite.

8. 3. 3. Cotation des références EPP

Pour le référentiel relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), la cotation ne s'effectue pas par critère, mais par projet ou action présentée selon les règles suivantes :

Cotation A : action d'EPP arrivée à l'élaboration et/ou à la mise en œuvre d'un plan d'actions d'amélioration

Cotation B : action arrivée à un stade moins avancé (analyse des processus, diagnostic en cours)

Cotation C : action identifiée mais non initiée

Cotation D : action non identifiée

8. 3. 4. Synthèse de la référence

La synthèse permet de valoriser les points positifs relatifs à la référence et d'identifier des actions d'amélioration.

Cette synthèse ne peut pas dépasser cinq lignes.

- **Les points positifs** : points particulièrement bien réalisés par l'Etablissement.
- **Les actions d'amélioration** : les dysfonctionnements, les défaillances, les non-conformités et les problèmes ne constituent pas des objets de sanction mais des opportunités d'amélioration qu'il convient de mettre en évidence.

L'objet de l'évaluation est d'identifier les pistes d'amélioration, d'établir des priorités et un calendrier prévisionnel de réalisation.

8. 3. 5. Validation du rapport d'auto-évaluation

A la fin du processus d'auto-évaluation, l'établissement doit fournir à l'organisme agréé identifié pour l'audit d'accréditation le rapport d'auto-évaluation, validé par le Directeur.

Ce rapport comprend pour chaque chapitre du manuel d'accréditation les éléments suivants :

- Composition de l'équipe d'auto-évaluation ;
- Synthèse de l'auto-évaluation, avec :
 - Les points forts
 - Les opportunités d'amélioration
 - Les priorités d'améliorations identifiées dans un plan d'amélioration de la qualité
 - Les conclusions de l'auto-évaluation et les cotations attribuées à chaque critère
 - La signature du chef d'équipe de l'auto-évaluation

IX. LA VISITE D'ACCREDITATION

9. 1. Les objectifs de la visite

La visite vise à accompagner et à rendre plus efficace la politique d'amélioration continue de la qualité des établissements de santé. Elle ne constitue en aucune façon un contrôle externe.

La visite, dont l'un des objectifs est de vérifier la capacité des professionnels à effectuer une auto-évaluation, porte sur l'ensemble des activités de l'établissement de santé situées dans le champ de l'accréditation.

Elle repose sur une succession d'étapes permettant aux auditeurs de mesurer le niveau de qualité atteint dans l'ensemble des domaines concernés par la procédure d'accréditation et d'apprécier la dynamique qualité développée. Elle s'appuie sur les résultats de l'auto-évaluation réalisée par l'établissement.

Par la participation de l'ensemble des secteurs d'activité et des catégories de professionnels, l'auto-évaluation permet d'analyser de façon approfondie et globale l'activité de l'établissement. Le premier rôle des auditeurs est donc d'apprécier l'auto-évaluation et la méthodologie utilisée :

- A-t-elle concerné tous les secteurs d'activité ?
 - A-t-elle réellement impliqué l'ensemble des acteurs concernés ?
 - A-t-elle été réalisée de façon multidisciplinaire ?
-

- Les diverses catégories professionnelles ont-elles bien participé ?
- Les réponses sont-elles suffisamment complètes, objectives, documentées ?

C'est à l'établissement, dans les résultats de l'auto-évaluation, d'apporter la preuve de la satisfaction à un chapitre ou critères donnés. L'équipe d'auditeurs cherche à croiser des informations pour valider les appréciations détaillées, formulées lors de l'auto-évaluation.

Les résultats de l'auto-évaluation donnent aux auditeurs une vue globale et approfondie de l'ensemble des activités de l'établissement. La qualité de la visite dépend essentiellement des modalités de réalisation et du contenu objectif de l'auto-évaluation.

En d'autres termes, la visite permet aux auditeurs d'apprécier :

- la politique de l'établissement et l'engagement des responsables institutionnels ;
- l'incidence de l'organisation interne de l'établissement sur la qualité ;
- l'analyse des outils et pratiques mis en œuvre pour la qualité et la sécurité ;
- l'évaluation des résultats et les améliorations obtenues.

La visite distingue les étapes suivantes :

- la préparation avec l'organisme agréé retenu par l'établissement ;
- la transmission du rapport d'auto-évaluation aux auditeurs avant la visite ;
- une rencontre au début de la visite pour faire le point sur le suivi des conclusions de la précédente procédure d'accréditation avec le comité de pilotage ;
- la visite des différents secteurs d'activité de l'établissement de santé dans le cadre de parcours patient ou de parcours thématiques pour mieux apprécier concrètement la satisfaction aux critères et le niveau de qualité atteint. Les auditeurs rencontrent les groupes d'auto-évaluation dans un deuxième temps, ces rencontres permettant de discuter à partir des écarts constatés entre les résultats de l'auto-évaluation et les constats notés lors des parcours ;
- l'appréciation du service médical rendu au patient dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de la sécurité des patients. Ceci conduira les auditeurs à réaliser des parcours patients par types de prise en charge. Au cours de ces parcours, les auditeurs observent également l'organisation du travail et les interfaces entre les secteurs d'activité clinique et les secteurs responsables des activités support ;
- la visite des installations médico-techniques, logistiques et techniques gérées éventuellement par des **prestataires extérieurs** à l'établissement, pour appréhender la réalité des interfaces avec les secteurs d'activité de l'établissement dans ces domaines.

Il est à noter que les auditeurs ne rencontrent pas tous les professionnels de l'établissement, ne visitent pas tous les secteurs d'activité. Il appartient donc à l'établissement de communiquer largement en amont, à ce propos, auprès de l'ensemble des professionnels afin d'impliquer chacun au travers de la représentativité des groupes.

9. 2. Les étapes préparatoires de la visite

9. 2. 1. Planification de la visite

Au plus tard deux mois avant la visite et en fonction du calendrier prévu avec le Ministère de la santé publique, l'établissement élabore, en concertation avec l'organisme agréé, une proposition de programme de la visite tenant compte de ses contraintes organisationnelles, de la durée de la visite et du nombre d'auditeurs prévus pour sa visite. Cette planification prend en compte des facteurs aussi variés que le nombre et la durée de parcours thématiques, la durée optimale de chaque rencontre ou entretien, le temps nécessaire pour revoir la documentation, les moments de synthèse ou l'organisation logistique des auditeurs, etc.

L'organisme agréé peut nommer un chef de projet chargé du suivi de la démarche de la visite et doit nommer l'auditeur coordonnateur de la visite un mois avant la visite.

Le coordonnateur permet d'ajuster la programmation et la logistique de la visite.

Les durées de visite varient entre un et cinq jours, selon la taille et l'activité de l'établissement. Le nombre d'auditeurs varie de 2 à 6.

9. 2. 2. Préparation de la documentation

Parallèlement à sa période d'auto-évaluation, l'établissement rassemble et classe les documents à mettre à disposition des auditeurs sur le site en les indexant par chapitre, voire par référence. A côté de la grille prédéfinie, il s'agit des « éléments de preuve » de l'auto-évaluation complétant les constats faits lors des parcours et des rencontres.

La documentation doit être facile à consulter et doit être sur support papier. Il est souhaitable que la personne ayant géré cette documentation reste disponible pendant la durée de la visite pour aider éventuellement, à leur demande, les auditeurs à retrouver facilement un document.

Dans certains cas, la documentation peut être consultée sur support informatique.

Si un établissement a déjà mis en place une gestion documentaire pertinente, il n'est pas nécessaire de revoir cette classification, par contre il est indispensable de prévoir une indexation de ces documents en fonction des référentiels et des critères.

9. 3. Le déroulement de la visite

Les principales étapes de la visite sont :

- rencontre initiale ;
- rencontre avec le comité de pilotage;
- visite générale du site ;
- analyse des documents sur site,
- parcours patients ;
- parcours transversaux ;
- rencontres avec les groupes d'auto-évaluation ;
- rencontres institutionnelles (réunions ou entretiens individuels) ;
- visite de nuit ;
- bilan journalier avec l'établissement ;
- temps de synthèse entre auditeurs ;
- préparation de la séance de restitution et rédaction du rapport des auditeurs;
- séance de restitution ;

9. 3. 1. La rencontre initiale

Cette rencontre initiale permet aux responsables de l'établissement (équipe de direction, directeur médical) et aux membres de l'équipe d'audit de faire connaissance et de présenter :

- l'établissement,
- les missions de l'établissement, son contexte,
- la politique qualité, ...
- les objectifs de la visite.

Elle permet par ailleurs d'identifier précisément les personnes participant au bilan journalier et confirmer le calendrier de la visite.

9. 3. 2. La rencontre avec les membres du Comité de pilotage

Cette rencontre a pour objectifs de :

- présenter les membres du comité de pilotage
- présenter l'historique de la démarche qualité et le lien entre les visites de l'accréditation (conclusions du rapport d'accréditation précédent, analyse de la situation au regard de ces conclusions, axes d'amélioration envisagée, actions engagées ou réalisées, évaluation et modalités de suivi...)

Dans les petits établissements la rencontre initiale peut être commune avec la rencontre du comité de pilotage.

9. 3. 3. La visite du site

Cette étape permet aux auditeurs d'appréhender le circuit :

- d'accueil et de prise en charge des patients
- médico-technique
- logistique
- technique

9. 3. 4. L'analyse des documents sur site

Sur la base du rapport d'auto-évaluation, cette étape permet aux auditeurs de :

- prendre connaissance d'informations complémentaires générales et ciblées par la consultation des « documents preuves »
- rechercher des éléments objectifs en appui des informations disponibles dans le rapport d'auto évaluation.

9. 3. 5. Les parcours patients

Le suivi de parcours type des patients suivants les différentes filières (médecine, chirurgie, pédiatrie...) permet aux auditeurs:

- de rencontrer des professionnels y travaillant ;
- d'avoir des entretiens individuels (à envisager selon les besoins) ;
- de rencontres des patients et/ou des membres de leur entourage ;
- d'examiner des dossiers des patients.

La rencontre avec les patients et/ou des membres de leur entourage a pour objectif d'évaluer la cohérence avec les réponses fournies par les professionnels de l'établissement.

9. 3. 6. Les parcours transversaux (circuit du médicament, fonctions hôtelières, logistiques et techniques, ressources humaines, système d'information...)

Cette étape permet aux auditeurs

- de comprendre l'organisation du travail
- de rencontrer les professionnels sur leur lieu de travail
- d'apprécier la coordination, les interfaces et l'organisation des processus supports des prises en charge.

9. 3. 7. Les rencontres avec les groupes d'auto-évaluation

Ces rencontres constituent l'occasion :

- d'apprécier le caractère pluriprofessionnel de l'auto évaluation et l'engagement des professionnels dans la démarche
 - de valider les observations réalisées durant les parcours et d'explicitier les écarts éventuels entre l'auto-évaluation et les constats lors des parcours
 - de mettre en évidence les actions d'amélioration en cours et d'apprécier la dynamique qualité sur le thème concerné.
-

9. 3. 8. Les rencontres institutionnelles

Ces rencontres, réalisées dans le cadre de réunions ou lors d'entretiens individuels permettent aux auditeurs d'apprécier :

- l'implication et la coordination des décideurs dans l'élaboration et le suivi des politiques de l'Etablissement Hospitalier notamment en matière d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité
- le climat social de l'Etablissement de santé
- la place dévolue aux usagers au sein de la structure.

9. 3. 9. La visite de nuit

Cette étape permet :

- d'évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients en associant le personnel de nuit à la démarche
- d'apprécier l'implication du personnel de nuit dans le fonctionnement de l'établissement et dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Le temps des transmissions doit être inclus dans la visite de nuit.

9. 3. 10. Le bilan journalier avec les responsables de l'établissement

Cette étape est l'occasion pour les auditeurs :

- d'informer la direction et les responsables de la démarche du déroulement de la journée précédente (il est bien entendu que si, lors de la visite, les auditeurs repèrent un événement grave et/ou susceptible de signalement, ils n'attendent pas ce bilan pour en faire part aux responsables de l'Etablissement)
- de valider certaines informations et obtenir des informations complémentaires.
- de faire le point sur le calendrier de la journée à venir (calage du calendrier, demande de rencontres complémentaires, etc.)
- d'avoir un retour des responsables de l'Etablissement sur le déroulement de la visite en cours.

9. 3. 11. Le temps de synthèse entre auditeurs

Le programme doit prévoir des temps de synthèse quotidiens entre les auditeurs afin de leur permettre :

- d'assurer la cohérence et le partage des informations pour faciliter les rencontres et les visites ultérieures et préparer le rapport et la séance de restitution
- de consulter la documentation avant les visites et les rencontres avec les groupes de synthèse
- d'ajouter d'éventuels parcours complémentaires au programme.

9. 3. 12. La préparation de la restitution

Un temps de concertation est indispensable aux auditeurs pour :

- préparer la réunion de restitution
- produire de façon consensuelle les propositions de décisions
- préparer, dans la mesure du possible, un support de présentation des conclusions de la visite (diaporama)

9. 3. 13. La réunion de restitution

Cette réunion, à laquelle sont conviés les personnels a pour objectifs :

- de présenter les principaux constats des auditeurs sur l'ensemble du manuel ainsi que des grands axes d'amélioration identifiés.
 - d'expliquer le contexte de la visite dans l'ensemble de la démarche et notamment préciser la chronologie des étapes ultérieures jusqu'aux décisions finales.
-

X. LE RAPPORT D'AUDIT

A l'issue de l'audit réalisé sur site, l'équipe d'auditeurs rédige, à partir des données contenues dans le rapport l'auto-évaluation préparé par l'établissement et des données recueillies au cours de la visite, un rapport d'audit destiné à l'établissement et au Comité technique d'accréditation hospitalière.

10. 1. La structure du rapport d'audit

Le rapport d'audit rend compte du niveau de qualité atteint et de la dynamique qualité engagée par l'établissement au regard des chapitres et références du Manuel d'accréditation.

Il comporte les parties suivantes :

- Présentation synthétique de l'établissement
- Partie 1 : Démarche qualité et auto-évaluation
 - Historique et organisation de la démarche qualité
 - Suivi des recommandations de la procédure précédente
 - Modalités de réalisation de l'auto-évaluation
- Partie 2 : Constatations par chapitre
- Partie 3 : Actions remarquables
- Partie 4 : Propositions de décisions

Le rapport d'audit ne propose pas de niveau d'accréditation. Celui-ci sera déterminé par le Comité technique d'accréditation hospitalière et validées par le Comité national d'accréditation hospitalière en fonction des recommandations, mais aussi des éventuelles observations et/ou contestations formulées par l'établissement (cf. 8.3).

10. 2. Les décisions proposées

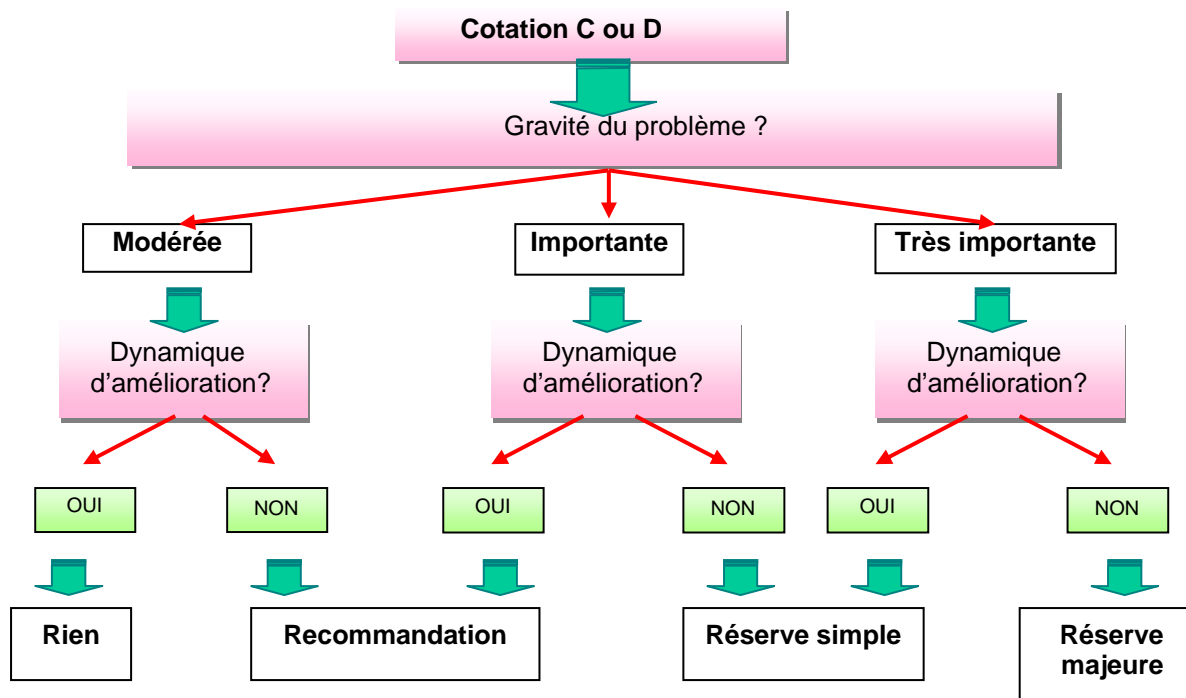
Dans le rapport d'audit, 3 types de décision peuvent être proposées :

- **recommandation**
- **réserve**
- **réserve majeure**

Ces propositions sont faites en fonction de :

- la cotation des références
- la récurrence du problème depuis les procédures antérieures
- la fréquence et la gravité du problème
- le niveau de maîtrise dont fait preuve l'établissement
- l'existence d'une dynamique d'amélioration sur le problème constaté

Seules les références cotées C ou D peuvent donner lieu à l'établissement d'une décision suivant l'arbre de décision suivant basé sur l'évaluation par les auditeurs de la gravité du problème rencontré et l'identification d'une éventuelle dynamique d'amélioration :



Le type des décisions détermine, après validation par le Comité technique d'accréditation hospitalière, le niveau d'accréditation final défini par le Comité national d'accréditation hospitalière (cf. 11. 3.).

10. 3. Le circuit du rapport d'audit

L'organisme agréé transmet simultanément le rapport d'audit :

- au comité technique d'accréditation hospitalière par mail avec accusé de réception
- à l'établissement par courrier avec accusé de réception

L'établissement dispose d'un mois à compter de la date de réception du rapport pour éventuellement formuler des observations ou des contestations.

Les observations sont de simples commentaires ou d'éventuelles corrections d'inexactitudes des constats et des propositions des auditeurs. Il ne s'agit pas, pour l'établissement, d'énoncer les actions correctives mises en place à la suite de la visite des auditeurs.

Les contestations concernent les décisions préconisées par les auditeurs.

10. 3. 1. En l'absence d'observations ou de contestations

Si l'établissement accepte le rapport de l'organisme agréé, il adresse une lettre recommandée avec accusé de réception au comité technique d'accréditation hospitalière l'informant de sa décision de ne pas formuler d'observations.

10. 3. 2. En cas d'observations ou de contestations

Si, dans le cas contraire, l'établissement souhaite exprimer des observations sur le contenu du rapport ou contester les décisions proposées, il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du rapport pour les formuler auprès du Comité technique d'accréditation hospitalière en utilisant le formulaire présenté en annexes III et IV.

L'établissement associe à la rédaction des observations l'ensemble des acteurs concernés par le sujet selon les modalités qui lui semblent adaptées.

Le document peut comporter des observations :

- sur la présentation de la démarche qualité et l'appréciation méthodologique ;
- sur les constats des auditeurs en regard des critères de chaque chapitre ;
- sur les commentaires synthétiques concernant la dynamique qualité.

Ces observations ne doivent pas être assorties de présentation d'un plan d'actions en réponse aux propositions des auditeurs.

Ces observations ne doivent pas être accompagnées de la production de pièces jointes.

L'établissement ne doit en aucun cas modifier le texte original de rédaction du rapport de l'organisme agréé.

XI. LE RAPPORT D'ACCREDITATION

Le rapport d'accréditation constitue l'étape finale du processus d'accréditation avec pour objectifs :

- de donner aux établissements une mesure de leur niveau de qualité et de sécurité et une appréciation sur la dynamique développée;
- de fournir une information indépendante sur la qualité et la sécurité des soins aux assureurs, tiers payants et la tutelle des établissements de santé;
- d'informer le public sur l'état de la qualité et la sécurité dans les établissements de santé.

11. 1. Le circuit du rapport d'accréditation

Dès réception de l'accusé de réception du rapport de la part de l'établissement, le Comité technique d'accréditation hospitalière analyse les différents documents :

- rapport d'audit
- observations éventuelles
- contestations éventuelles

Sur la base de ces éléments, le Comité technique d'accréditation hospitalière élabore une proposition de rapport d'accréditation qu'il transmet au Comité national d'accréditation hospitalière pour validation.

Dès accord des membres du Comité national d'accréditation hospitalière, le Ministère de la santé publique du Liban transmet le rapport d'accréditation à l'établissement et le met en ligne pour publication sur son site Internet.

11. 2. Le contenu du rapport d'accréditation

Ce rapport comprend les parties suivantes :

- Présentation synthétique de l'établissement
 - Partie 1 : Démarche qualité et auto-évaluation
 - Historique et organisation de la démarche qualité
 - Suivi des recommandations de la procédure précédente
 - Modalités de réalisation de l'auto-évaluation
 - Partie 2 : Constatations par chapitre
 - Partie 3 : Actions remarquables
 - Partie 4 : Décisions du CNAH avec modalités de suivi
-

11. 3. Les niveaux d'accréditation

La décision du CNAH définit le niveau d'accréditation en fonction des recommandations proposées par le CTAH conformément au tableau suivant :

Type de décision	Niveau d'accréditation
Aucune décision	Niveau 1
Au moins une recommandation	Niveau 2
Au moins une réserve	Niveau 3
Au moins une réserve majeure	Niveau 4

Conformément à ce qui est prévu dans le § IV. du présent document, la durée de l'accréditation est de 3 ans, dès lors que l'établissement a suivi la procédure et qu'aucun problème en termes de sécurité des biens et des personnes n'ait été mis en exergue lors de la visite d'accréditation par l'organisme agréé.

11. 4. Les contestations

En cas de contestation avec le rapport d'accréditation, l'établissement peut demander dans un délai d'un mois à compter de la réception du rapport d'accréditation et sur la base d'un mémoire dont les éléments doivent être contemporains à la date de la visite initiale, une deuxième délibération du CNAH.

La décision initiale peut être maintenue ou modifiée en fonction des données fournies par l'établissement.

XII. LE SUIVI DES DECISIONS

Le tableau suivi présente les différents modes de suivi des établissements en fonction du niveau d'accréditation :

Niveau d'accréditation initial	Modalités de suivi *
Niveau 1	Aucun
Niveau 2	
Niveau 3	Rapport
Niveau 4	Audit

*les échéances des modalités de suivi sont définies en fonction de la situation par le CTAH

Selon le type de suivi défini, l'établissement doit :

- envoyer un rapport de suivi au CTAH avant l'échéance définie dans le rapport
- organiser un audit de suivi avec le même organisme agréé et selon les mêmes modalités que celles définies pour l'audit d'accréditation

Selon les données fournies dans le cadre du rapport de suivi ou du rapport d'audit de suivi, le CTAH déterminera si les réserves sont levées ou non.

Conformément au § 11.3. et dans le cas où l'établissement n'a pas mis en œuvre d'actions correctives suffisantes pour lever la(les) réserve(s) majeure, une non accréditation peut être prononcée amenant ainsi l'établissement à réengager le processus d'accréditation.

XIII. LE FINANCEMENT DU DISPOSITIF

L'annexe IX du document « modalités d'agrément et de fonctionnement des organismes d'audit pour l'accréditation des établissements de santé du Liban » précise les modalités de financement du dispositif pour en assurer l'efficacité et la pérennité, tant au niveau des organismes agréés que des instances d'accréditation.

Deux flux financiers sont ainsi prévus :

- de l'établissement de santé vers l'organisme agréé choisi pour la visite d'accréditation
- de l'organisme agréé vers le Ministère de la santé pour assurer le financement du Comité technique d'accréditation hospitalière.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en janvier 2010.

© 2010 Haute Autorité de Santé France (HAS) et Ministère de la Santé Publique Liban (MSP)
I.S.B.N.

ANNEXE I

VOLET D'IDENTIFICATION ET DE PLANIFICATION

Rubrique 2 : Activité hospitalière et capacité sanitaire de l'établissement concerné par la démarche

DATE : / /	Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle (Jour, nuit)		Traitement et cures ambulatoires		
	Lits installés	Nombre de journées	Nombre de places	Nombre de venues	Nombre total de séances	Dont séances de dialyse	Nombre de postes de dialyse (*)
Médecine							
Chirurgie							
Réanimation médicale							
Réanimation chirurgicale							
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale							
<i>SOUS-TOTAL SOINS DE COURTE DUREE</i>							
Psychiatrie générale							
Psychiatrie infanto-juvénile							
SOUS-TOTAL PSYCHIATRIE							
TOTAL							

(*) Pour la dialyse merci d'indiquer le nombre de postes de dialyse et non le nombre de patients

Rubrique 3 : Démarche qualité

Date de la dernière visite d'accréditation :

Description synthétique de l'organisation qualité mise en place dans l'établissement (acteurs, instances, actions...) :

ANNEXE II

EXEMPLE DE GRILLE D'AUTO-EVALUATION (CHAPITRE QS)

Hôpital :

GRILLE D'AUTO-EVALUATION
QUALITY SYSTEM

NOM et Prénom du pilote du groupe d'auto-évaluation :

NOMS et Prénoms des personnels ayant participé à l'auto-évaluation :



GRILLE D'AUTO-EVALUATION

Référence 1			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
1. 1. A current organigram (organisational chart) of the staffing structure of the hospital exists			
1. 2. A current organigram of the Committee structure exists			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

Référence 2 : an annual wide quality improvement exists which includes sections for			
Critères	Réponses aux critères (OUI, EN PARTIE, NON)	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
2. 1. Management			
2. 2. Finance			
2. 3. Medical services			
2. 4. Nursing services			
2. 5. General services			
2. 6. It must key performance / indicators that are specific measurable, achievable, realistic and have timelines			
2. 7. Evidence of continual monitoring of this plan must be available			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

Référence 3 : A multi-disciplinary quality improvement Committee exists with			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
3. 1. Terms of reference			
3. 2. List of members			
3. 3. Minutes of all meetings			
3. 4. Documented monitoring of the quality improvement plan is conducted at least quaterly			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

Référence 4			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
4. 1. An annual report is presented to the management of the hospital in relation to the quality improvement plan			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

Référence 5			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
5. 1. A staff member is designated as the quality improvement coordinator (however named) with specific time allocated to the role as reflected in their job description			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

Référence 6			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
6. 1. Each department conducts an annual assessment of the continuing education requirements of staff and forwards the report to either the education department (if applicable) or to the quality coordinator			
6. 2. Copies of each department's education program are held by the quality improvement committee			
	SYNTHESE DE LA REFERENCE		
Actions d'amélioration proposées			

Documents de preuve :

Référence 7 : A documented policy and procedure for complaints exists for			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
7. 1. Patients			
7. 2. Staff			
7. 3. Visitors / Others			
7. 4. Investigation and resulting actions from complaints are documented			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

Référence 8			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
8. 1. A system exists for determining patient and staff satisfaction			
8. 2. Analysis is conducted regarding patient and staff satisfaction			
8. 3. Documented planned intervention to address any deficits identified			
8. 4. Documented evidence is required to demonstrate that the actions have taken place and results have been re-audited			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

Référence 9			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
9. 1. An improvement log process is operational			
9. 2. The improvement log(s) show evidence of the quality feedback loop			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

Référence 10			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
10. 1. There is a suggestion box for staff and patients			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

GRILLE D'AUTO-EVALUATION

Référence 11			
Critères	Réponses aux critères <i>(OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Commentaires des critères <i>(Noter les informations pertinentes relatives aux critères de la référence, en précisant les actions réalisées ou en cours ou programmées et les éventuels écarts entre les secteurs d'activité)</i>	Cotation de la référence
11. 1. Documented patients rights and responsibilities are available to all patients and relatives			
Actions d'amélioration proposées	SYNTHESE DE LA REFERENCE		

Documents de preuve :

SYNTHESE DE L'AUTO-EVALUATION DU CHAPITRE « QUALITY SYSTEM »**Points forts****Actions proposées**

Actions mises en exergue par l'établissement		
Intitulé de l'action	Objectif	Résultat

ANNEXE III

SUPPORTS DE FORMULATION DES OBSERVATIONS AU RAPPORT D'AUDIT

NOM de l'ETABLISSEMENT :

Date d'envoi :

OBSERVATIONS AU RAPPORT DES AUDITEURS

Les observations peuvent porter sur la présentation de l'établissement, la partie 1 « Démarche qualité et Accréditation » et la partie 2 « Constatations par chapitre ».

Eléments concernés (col.1)	Nature des observations de l'établissement (motivation du changement demandé et modifications attendues sur les éléments du rapport) (Col. 2)	Analyse des observations par le Responsable de l'audit (Col. 3)	Arbitrage éventuel de la HAS (Col.4)
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT			
PARTIE 1 : Démarche qualité et Certification			
		Accepte <input type="checkbox"/> ou refuse <input type="checkbox"/> Si refus, argumentation :	
		Accepte <input type="checkbox"/> ou refuse <input type="checkbox"/> Si refus, argumentation :	
		Accepte <input type="checkbox"/> ou refuse <input type="checkbox"/> Si refus, argumentation :	

NOM de l'ETABLISSEMENT :

Date d'envoi :

Références concernées (col.1)	Nature des observations de l'établissement (motivation du changement demandé et modifications attendues sur les critères et les cotations du rapport) (Col. 2)	Analyse des observations par le Responsable de l'audit (Col. 3)	Arbitrage éventuel de la HAS (Col.4)
PARTIE 2 – Constatations par chapitre			
		Accepte <input type="checkbox"/> ou refuse <input type="checkbox"/> Si refus, argumentation :	
		Accepte <input type="checkbox"/> ou refuse <input type="checkbox"/> Si refus, argumentation :	

ANNEXE IV

SUPPORTS DE FORMULATION DES CONTESTATIONS AU RAPPORT D'AUDIT

L'établissement de santé peut faire part au Comité technique d'accréditation hospitalière d'éventuelles contestations apportées au rapport d'audit.

L'établissement peut contester :

- La décision,
- Les critères concernés par la décision,
- La prise en charge concernée par la décision,
- Les actions d'EPP concernées par la décision.

Pour cela l'établissement devra remplir le tableau suivant, dans la partie qui lui est réservée et mentionnera :

- son nom et son n° de dossier,
- la décision concernée en précisant son libellé et les références annexées,
- l'argumentaire en appui de sa contestation.

Ce tableau devra être dupliqué autant de fois qu'il y a de décisions.

Ce document une fois rempli devra être communiqué au Comité technique d'accréditation hospitalière pour analyse.

TABLEAU POUR LA CONTESTATION DES DECISIONS DU RAPPORT D'AUDIT
--

Nom de l'établissement :

Dossier n° :

Partie à remplir par l'établissement

Décision :
Critère (s) concerné(s) et libellé des références :

Argumentaire de l'établissement

N° de la référence	Argumentaire soutenant la contestation

Souhait de l'établissement pour la décision :

Analyse du Comité technique d'accréditation hospitalière
Partie réservée au Comité technique d'accréditation hospitalière

Recevabilité** : oui Non

** Cocher la case correspondante

①	②
---	---

Proposition de décision après contestation

Partie réservée au Comité technique d'accréditation hospitalière

Un tableau par décision : ce tableau est à dupliquer autant de fois qu'il y a de décisions à l'origine de la contestation.