

Le Comité technique d'accréditation hospitalière

**Le Comité technique d'accréditation hospitalière**

**Ministère de la Santé Publique (Liban)**

**&**

**Le Comité Technique d'Accréditation Hospitalière  
(France)**

---

## **GUIDE D'AUDIT POUR L'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE AU LIBAN**

**Version 3 (12 pages) – 7 mars 2011**

# SOMMAIRE

	<b>Page</b>
<b>I. OBJET DU GUIDE</b>	<b>4</b>
<b>II. PERIMETRE DE L'AUDIT</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Les références prioritaires</b>	<b>4</b>
<b>2.2. L'investigation personnalisée</b>	<b>6</b>
<b>III. LES LIGNES DIRECTRICES DE LA VISITE</b>	<b>7</b>
<b>IV. LES REGLES DE COTATION</b>	<b>10</b>
<b>V. LE RAPPORT D'AUDIT</b>	<b>11</b>

La procédure nationale d'accréditation des hôpitaux du Liban a été finalisée en 2009. Il s'agit d'une procédure d'évaluation externe, obligatoire, qui intervient tous les 3 ans. Elle s'inscrit dans la perspective d'améliorer la qualité des établissements de santé à partir d'un référentiel normatif reconnu et évolutif et de la preuve et de la mesure de l'application de celui-ci.

Elle s'obtient par le biais d'une reconnaissance externe par un organisme indépendant, le Comité Nationale d'Accréditation Hospitalière, au vu du rapport d'audit fourni par un organisme spécifiquement agréé.

Le processus d'accréditation comporte quatre composantes essentielles :

- la préparation et la réalisation de l'auto-évaluation par l'établissement hospitalier : innovation du processus d'accréditation, elle permet à l'établissement d'examiner sous l'angle pluri professionnel ses activités quotidiennes et les évaluer en regard des normes d'accréditation. L'établissement se positionne ainsi au regard d'exigences du manuel d'accréditation et identifie ses conformités et ses points à améliorer,
- l'audit par un organisme agréé pour valider les résultats de l'autoévaluation à l'issue d'une visite d'accréditation,
- la présentation du rapport d'audit et la définition du niveau d'accréditation,
- l'amélioration continue de la qualité.

La procédure d'analyse des résultats de l'autoévaluation a été confiée à un organisme d'audit dûment sélectionné par une entité impartiale, le Comité Technique d'Accréditation Hospitalière, en charge du pilotage du processus d'accréditation et agréé par le Ministère de la santé publique du Liban. Ces sélections et agréments l'ont été au regard de la conformité des offres de service des organismes d'audit aux exigences d'un cahier des charges commun ayant spécifié les règles d'intervention et de contrôle des organismes agréés, ainsi que les règles de sélection et d'évaluation des auditeurs.

Cette démarche se veut garante du bon déroulement de la procédure d'évaluation du fait :

- du recours à une structure d'évaluation extérieure, neutre et impartiale,
- de l'absence de risque de conflit d'intérêts à destination des organismes agréés mais aussi des établissements de santé,
- de la compétence et de la fiabilité d'intervenants choisis selon un degré d'expertise technique reconnu,
- d'un niveau de ressources humaines et organisationnelles nécessaires à assurer le bon déroulement de l'ensemble des étapes de la procédure d'évaluation,
- d'une harmonisation des pratiques d'audits évitant le risque d'écarts dans les résultats d'accréditation et de contestations éventuelles résultant de l'hétérogénéité de l'interprétation des critères de conformité.

La visite d'accréditation est donc conduite par les organismes agréés avec pour objectif d'objectiver le niveau de qualité atteint et l'existence d'une dynamique d'amélioration. Elle ne constitue pas un contrôle externe mais une vérification de la capacité des professionnels à effectuer une auto-évaluation des activités de l'établissement situées dans le champ de l'accréditation.

Elle est constituée d'étapes distinctes reposant, à partir de la lecture du rapport d'autoévaluation, sur la rencontre d'instances de pilotage, d'autoévaluation, et institutionnelles, d'entretiens individuels, des parcours patients par type de prise en charge, des visites, l'examen de documents preuve, de bilan journalier, de temps de synthèse et d'une séance de restitution.

Un rapport est rédigé à l'issue de la visite et adressé à l'établissement audité et au CTAH.

## I. Objet du guide

Le présent guide construit à partir de la méthodologie de la Haute Autorité de Santé actuellement en vigueur a été adapté au contexte et au référentiel libanais et a tenu compte des références prioritaires identifiées par le CNAH. Il complète la procédure nationale d'accréditation des établissements de santé parue en janvier 2010 (version 2).

Les objectifs de ce guide sont :

- de permettre une lecture partagée par l'ensemble des organismes d'audit du référentiel d'accréditation libanaise
- d'homogénéiser au mieux les pratiques d'audit
- d'informer l'ensemble des parties (établissements de santé et organismes agréés) sur les règles de réalisation des audits d'accréditation.

Il aborde les points techniques suivants :

- Le périmètre de l'audit
  - o Les références prioritaires
  - o L'investigation personnalisée
- Les lignes directrices pour chaque domaine
  - o Prise en charge du patient
  - o Secteurs médico-techniques
  - o Secteurs logistiques et techniques
  - o Secteur administratif
  - o Sécurité du patient
- Les règles de cotation
- Le rapport d'audit

## II. Périmètre de l'audit

### 2.1. Les références prioritaires

Le référentiel d'accréditation des hôpitaux libanais comprend 40 chapitres qui totalisent 593 références et couvrent tous les domaines de l'activité hospitalière en termes de prise en charge des patients sur le plan médical, soignant et médico-technique, et en termes de management et de processus supports aux activités de soins.

Ce référentiel s'impose à tout établissement de santé et sert de base à la réalisation de l'autoévaluation préalable à la visite d'accréditation effectuée par les organismes d'audit agréés.

Afin que l'analyse des auditeurs se concentre sur les points critiques de la prise en charge des patients, le Comité National d'accréditation des Hôpitaux (CNAH) a identifié, lors de sa séance de travail du 23 septembre 2009, des références prioritaires (MOPH critical standards). Ces références, identifiées à la lumière des expériences internationales, sont au nombre de 99, ce qui représente 17% du référentiel (tableau 1).

Tableau 1 - Référentiel d'accréditation des hôpitaux libanais

Chapitre	Intitulé	Nombre de références	Priorités
AN	Anesthetics	13	AN 3-5-6-7
BB	Blood Collection & Distribution	21	BB 6-9-12-14-15-16-18
BM	Biomedical Department	7	
BU	Buildings	17	
CC	Children's Department	12	CC 5-6-8-9-12
CH	Chemotherapy Department	14	CH 6-7-8 -11
CL	Cardiac Cath. Laboratory	15	CL 10-11
CM	Credentialing Medical	14	
CN	Clinical Nursing	12	CN 4-5-7-8-9-10
CS	Central Sterile Supply Department	19	
DN	Dietetics & Nutrition	19	DN 7-8-9-11-13
EM	Engineering Maintenance	15	
ER	Emergency Room Services	22	ER 8-9-10-12-15-19-22
ES	Environmental Services	15	
FF	Fire Safety	12	FF 2-3-4-7-10-11
GB/PD/FD	Governing Body & Management	6/9/6	
HR	Human Resources	11	
IC	Infection Control	10	IC 4-5-10
IT	Information Technology	8	
LD	Laboratory Department	22	LD 7-12-22
LS	Laundry Services	18	
MA	Medical Administration	15	
MC	Medical Record Content/Management	13	
MI	Medical Imaging	26	MI 10-11-16-17-20
MS	Medical Services	8	MS 5
NA	Nursing Administration	16	
OB	Obstetrics	18	OB 7-9-10-11-12-17
OH	Occupational Health & Safety	9	
OM	Organized Medical Staff	6	
OR	Operating Room	17	OR 4-6-7-8-10-11-12-13
PH	Pharmacy	20	PH 7-8-13-16-17
PR	Procurement	7	
PT	Physical Therapy	13	
PY	Psychiatry	19	PY 8-10-16-17
QS	Quality Systems	11	
RD	Renal Dialysis	21	RD 7-8-12-13-14-18
SC	Special Care Units/Tertiary Services/NICU	30	SC 8-9-10-11-14-15 NICU 7-8-9-10-13
WM	Waste management	8	
PS&RM	Patient Safety & Risk Management	12	PS8
EPP	Evaluation of Professional Practice	7	
		<b>593</b>	<b>99</b>

Il convient de considérer ces références prioritaires comme porteurs d'un **niveau d'exigences élevé et pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées**. L'analyse de ces références par les auditeurs sera systématique et particulièrement approfondie, quelle qu'en soit le niveau de cotation réalisé par l'établissement à l'issue de sa phase d'autoévaluation.

## 2.2. L'investigation personnalisée

En termes de périmètre d'audit, les références prioritaires constituent le tronc commun à tout audit d'accréditation. A ce périmètre s'ajoutent :

- L'ensemble des références cotées C ou D par l'établissement à l'issue de son autoévaluation ;
- L'ensemble des références relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles (EP1 à EP7)
- Un échantillon constitué après réalisation d'un tirage au sort parmi les critères cotés A ou B par l'établissement ; l'investigation de ces critères par les auditeurs vise à valider l'autoévaluation de l'établissement et permet de reprendre, dans le rapport d'audit, la cotation de l'autoévaluation de l'établissement.

S'il s'avérait, au décours de l'investigation de l'échantillon des références tirées au sort, que l'établissement a sciemment masqué la réalité de son fonctionnement, les auditeurs procéderaient alors, aux dépens de l'établissement, à une investigation exhaustive des standards.

Le tableau 2 présente les modalités de sélection des références pour constituer l'échantillon aléatoire :

**Tableau 2 – Règles de sélection des références tirées au sort**

Nombre de références cotés A ou B (hors références prioritaires)	Nombre de références tirés au sort pour investigation en visite
Plus de 400	30%
De 301 à 400	25%
De 201 à 300	20%
De 101 à 200	15%
De 51 à 100	10%
Moins de 50	5% avec un minimum de 5 références

Ainsi, pour un établissement dont l'ensemble des références, hors références prioritaires et références EP, serait coté A ou B, le périmètre d'investigation comprendrait :  
 $(487 * 30\%) = 146 + 99$  références prioritaires + 7 références EP = 251 standards à auditer, soit 42% du référentiel.

Un utilitaire permet aux organismes d'audit de réaliser un tirage au sort en sélectionnant x références parmi y.

En outre, si les auditeurs constataient, au cours de leurs investigations dans l'établissement, un dysfonctionnement concernant une référence qui ne figurerait pas au périmètre de l'audit, il leur appartiendrait de modifier en conséquence la cotation de cette référence et de formuler un constat argumenté explicitant cette modification.

## III. Les lignes directrices de la visite

La visite comprend 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.

Les principales étapes de la visite sur site 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 ;

### **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.

### **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.

### **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

### **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.

### **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.

### **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.

### **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.

### **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.



### **La visite de nuit**

Cette étape, organisée un soir sur une durée de 2 à 3 heures incluant le temps de transmission entre équipes, 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.

### **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.

### **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.

### **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)

### **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.

## **IV. Les règles de cotation**

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.

Lorsque l'établissement de santé n'est pas concerné par un critère, celui-ci est identifié comme « non applicable » dans le rapport d'audit.

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

### **Cas particulier 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

## **V. 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.

### **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 : Constats par domaine
  - Prise en charge du patient
  - Secteurs médico-techniques
  - Secteurs logistiques et techniques
  - Secteur administratif
  - Sécurité du patient

- Partie 3 : Actions remarquables
- Partie 4 : Propositions de décisions

Les constats par chapitre et domaine font apparaître le constat des auditeurs quant aux références prioritaires et aux références tirées au sort.

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.

### 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 conformément aux arbres 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. Il convient en effet de distinguer les références prioritaires des autres références.

**Tableau 3 – Arbre de décision pour les références non prioritaires**

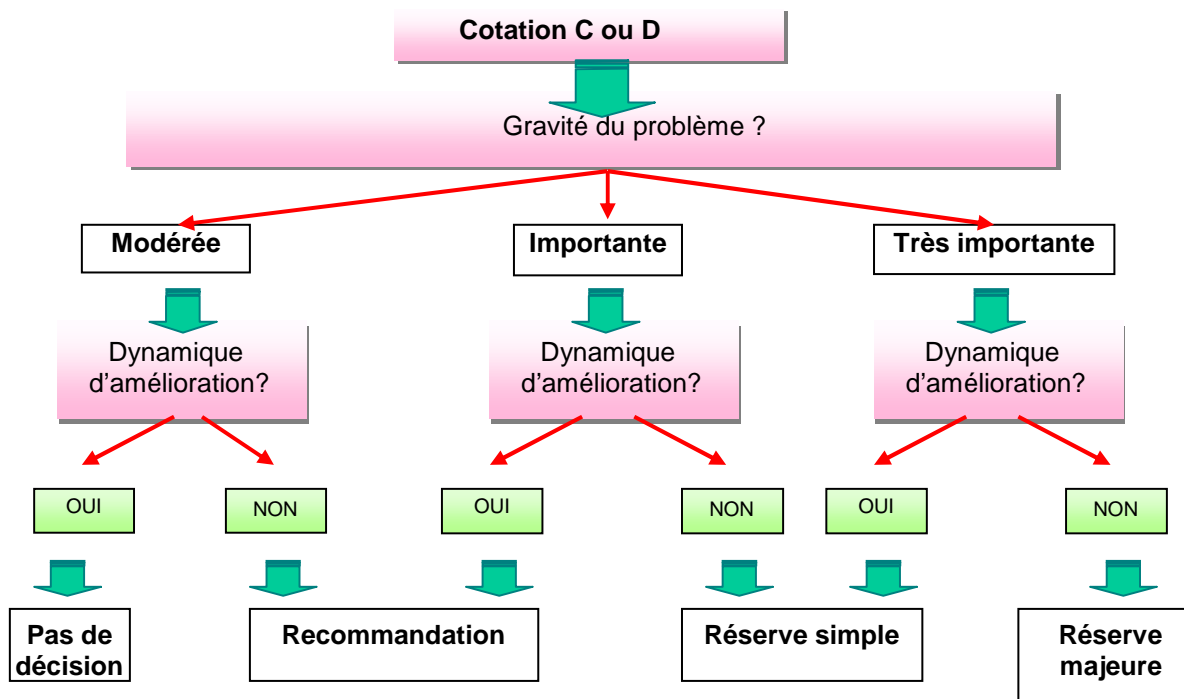
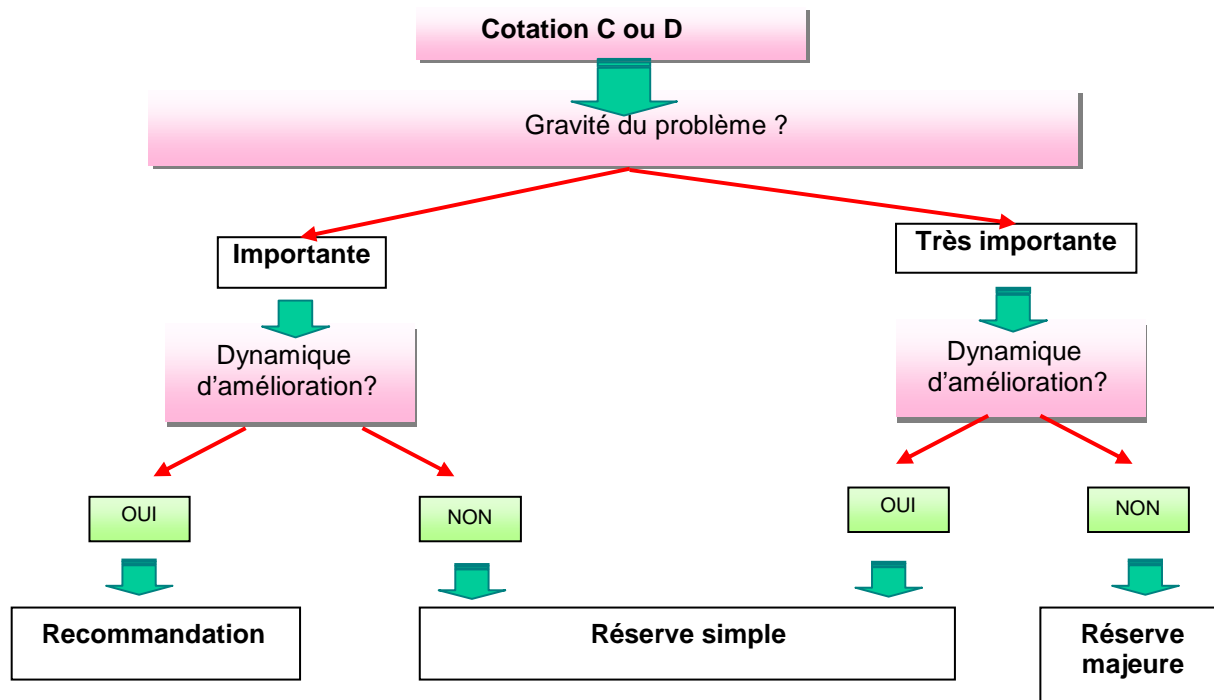


Tableau 4 – Arbre de décision pour les références prioritaires



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.).