

COMMENTAIRES DU SYNDICAT DES HÔPITAUX

Concernant la nouvelle procédure d'accréditation telle que présentée par la Haute Autorité de Santé (HAS, France)

Le 4 septembre dernier, le syndicat des hôpitaux libanais a envoyé une lettre au directeur général de la santé Docteur Walid Ammar lui demandant de prendre en considération ses commentaires concernant la nouvelle procédure d'accréditation.

Ainsi la lettre est la suivante:

Nous tenons à remercier vivement le Ministère de la Santé de prendre notre avis concernant la nouvelle procédure d'accréditation. Nous espérons qu'il pourra être utile et constructif. Nous avons choisi de présenter nos commentaires en suivant l'ordre chronologique des documents soumis à consultation, à savoir:

- I. La procédure nationale d'accréditation des établissements de santé libanais (à compter du 1er janvier 2009) - version 1 (juillet 2008)
- II. Modalités d'agrément et fonctionnement des organismes d'audit pour l'accréditation des établissements de santé au Liban - version 1 (juillet 2008)
- III. EPP: évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- IV. PS: sécurité du patient & gestion des risques

Nous déplorons, par ailleurs, que maintes des propositions développées dans le document préparé par le Syndicat des Hôpitaux¹, n'aient pas été prises en considération dans l'établissement de la nouvelle procédure d'accréditation. Nous insistons pour que ces recommandations soient revues et prises en compte.

1. INTRODUCTION

Nous notons que le nouveau dispositif d'accréditation des établissements de santé se distingue du précédent par:

- 1.1. L'intégration dans le manuel d'accréditation des deux nouveaux chapitres (EPP et PS)
- 1.2. La création d'un comité technique d'accréditation (CTA) dépendant du Ministre de la Santé
- 1.3. L'agrément d'organismes chargés de réaliser les audits d'accréditation, anciennement dénommés "visites d'accréditation".
- 1.4. L'obligation pour tous les établissements de santé de

réaliser une autoévaluation préalable à l'audit d'accréditation.

- 1.5. 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 (CNAH).

2. LA PROCEDURE NATIONALE D'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE LIBANAIS

2.1. Les établissements concernés par l'accréditation (p.6).

- 2.1.1. Il n'est précisé nulle part les différences qui seront appliquées selon le type d'établissement concerné. En particulier, nous voulons des garanties que les hôpitaux ne disposant pas de tous les départements ne soient pas pénalisés comme c'était le cas dans la précédente procédure d'accréditation.
- 2.1.2. En ce qui concerne les services pouvant être sous-traités, nous désirons savoir s'il s'agit uniquement des services non-médicaux tels que nettoyage, restauration, buanderie, sécurité ou également des services médicaux tels que laboratoire, anatomopathologie, dialyse, etc. Nous aimerions connaître quelles seront les normes qui seront appliquées pour ces services.
- 2.1.3. Nous regrettons qu'il n'existe toujours pas de normes établies pour les établissements de santé spécialisés et de long séjour.

2.2. Les organes d'accréditation (p.7)

- 2.2.1.1. Le comité national d'accréditation hospitalière (CNAH)
 - 2.2.1.1.1. Nous souhaitons qu'il y ait un représentant de l'Ordre des Infirmières, de l'Ordre des Pharmaciens et des Assurances Privées au sein du CNAH.
 - 2.2.1.1.2. Nous proposons de réduire à cinq, les représentants des facultés de médecine.

¹ "Accréditation of hospitals in Lebanon" - Syndicat des hôpitaux libanais - envoyé à Dr. Walid Ammar et M. Karim Laaribi en janvier 2007.

2.2.1.1.3. Nous désirions que le règlement interne du CNAH soit précisé (en autre, en ce qui concerne les prises de décisions)

2.2.2. Le comité technique d'accréditation (CTA)

2.2.2.1.1. Il existe une confusion entre les documents I et II concernant les membres dudit comité. En effet, dans le document I¹, il est précisé que c'est la Haute Autorité de Santé (HAS) en accord avec le Ministre de la Santé qui nomme "5 personnes qualifiées étrangères" (p.8) alors que dans le document II² il est écrit que la HAS nomme 5 experts [...] neutres et indépendants [...] (p.5), sans préciser s'il s'agit d'étrangers ou non. Nous souhaitons que deux ou trois membres libanais soient présents dans le CTA.

2.2.2.1.2. Nous désirions que le règlement interne du CTA soit précisé.

2.2.3. Organigramme: nous souhaitons que les responsabilités et autorités des deux comités soient bien délimitées (cf. organigramme proposé par le Syndicat³).

2.3. La durée de l'accréditation (p.8)

2.3.1. Nous nous opposons formellement à une durée fixe de 3 ans quelque soit le niveau d'accréditation. En effet, afin d'inciter les hôpitaux non accrédités "A" à s'améliorer le plus rapidement possible, un suivi à échéance plus bref doit être réalisable, et ce avant tout pour le bien des patients.

2.3.2. Par ailleurs, nous aimerions avoir plus de précision quant au critère "hormis au cas où un problème de sécurité des biens et des personnes est mis en exergue" (également signalé p.25), qui nous semble manquer de précision.

2.4. L'engagement dans la procédure

2.4.1. Ordre de passage: il existe une confusion entre, premièrement: "les modalités de planification s'attachent à respecter l'ordre de passage des établissements dans la précédente procédure [...]" deuxièmement: "[...] les établissements hospitaliers devront s'être engagés dans cette nouvelle procédure avant le (date à déterminer) en fixant une période souhaitée de visite dans

un délai ne dépassant pas d'un an la date de soumission de la demande [...] et informe le CTA [...] de l'année et du mois choisis pour passer l'audit" et troisièmement: "ces établissements (situation 1) [...] sont informés de la date de leurs audits par le Ministère de la Santé" (p.8-9).

2.4.2. Le contrat d'accréditation (p.10): concernant "l'acceptation de la contribution financière", ce point sera discuté plus loin (3.2.2).

2.5. L'autoévaluation (p.13)

2.5.1. L'autoévaluation est une innovation du processus d'accréditation et nécessite une formation au sein des établissements de santé. Qui sera chargé de cette formation ?

2.5.2. Le point des EPP sera discuté plus loin (4).

2.5.3. La cotation des références suivant l'échelle générique "A-B-C-D" porte à confusion avec les niveaux de recommandations également dénommés A-B-C-D. Une autre échelle pourrait être utilisée. Par ailleurs, cette échelle nous semble peu précise. La définition de "globalement ou la plupart du temps" par rapport à "partiellement ou rarement" paraît assez subjective.

2.5.4. Par ailleurs, il nous semble nécessaire de connaître la cotation des différentes références afin de veiller, en priorité, au respect des plus cotées et donc aussi les plus importantes en termes de gravité pour le patient en cas de non-respect.

2.6. La visite d'accréditation (p.17)

2.6.1. La documentation (p.19): "La documentation doit être facile à consulter et doit être sur support papier" (p.19). Nous aimerions qu'il soit précisé que dans certains cas, la documentation puisse être consultée sur support informatique (telles que les statistiques réalisées sur SPSS ou les données disponibles sur Access).

2.6.2. Les parcours patients (p.20): Nous aimerions avoir des précisions concernant "les rencontres des patients et/ou membre de leur entourage". En effet, la fiabilité des patients nous semble difficile à évaluer. Quels seront les paramètres ou critères à évaluer, quelles seront les cotations, quels seront les outils utilisés ?

¹ La procédure nationale d'accréditation des établissements de santé libanais (à compter du 1er janvier 2009) - version 1 (juillet 2008)

² Modalités d'agrément et fonctionnement des organismes d'audit pour l'accréditation des établissements de santé au Liban - version 1 (juillet 2008)

³ "Accreditation of hospitals in Lebanon" - Syndicat des hôpitaux libanais - envoyé à Dr. Walid Ammar et M. Karim Laaribi en janvier 2007.

2.7. Le rapport d'audit:

Nous désirons plus de clarté quant au tableau de recommandations (p.23). Il nous semble essentiel de comprendre comment sera déterminée la gravité d'un problème entre 1, 2 ou 3. Existe-t-il une grille standard d'évaluation de la gravité ou est-ce un critère subjectif ?

2.8. Le rapport d'accréditation (p.24)

2.8.1. Le niveau d'accréditation final nous paraît très arbitraire et rigide. "Le type de recommandations déterminera [...] le niveau d'accréditation final par le CNAH". Ainsi pour obtenir un "A" il ne faut aucune recommandation. Une seule recommandation de type I suffit pour n'obtenir qu'un "B". Un établissement de santé qui présente une seule recommandation de type III parmi les 40 chapitres de la nouvelle accréditation ne sera accrédité que D ? Cela veut aussi dire que des hôpitaux ayant une seule ou 10 recommandations de type III auront le même niveau d'accréditation sans aucune nuance ? On ne parle pas non plus de l'éventualité d'une non-accréditation.

2.8.2. Publication des résultats sur Internet: le rapport d'accréditation permettra "d'informer le public sur l'état de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé" (p.13 et 24). Nous voudrions obtenir plus d'explications sur ce qui pourrait être mis à la disposition du public libanais. Il nous semble que la publication des résultats à un public encore assez mal informé des procédures d'accréditation pourrait ne pas être bénéfique au système de santé libanais. Par ailleurs, étant donné l'absence de lois pertinentes sur le marketing et les médias, l'utilisation de ces informations ne pourrait pas être contrôlée.

3. MODALITES D'AGREMENT ET FONCTIONNEMENT DES ORGANISMES D'AUDIT POUR L'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE AU LIBAN

3.1. Agrément et contrôle des organismes d'audit (article 2).

3.1.1. Le délai de remise des dossiers de candidature nous semble prématuré et non réalisable dans les conditions actuelles.

3.1.2. Il n'est nulle part précisé le nombre d'organismes qui pourront être agréés. Une étude des besoins devrait être effectuée pour le marché libanais.

3.2. Modalités d'intervention des organismes d'audit (article 3)

3.3. Financement (p.8 et annexe IX): La majorité des établissements de santé au Liban ne sont pas à même d'assurer le financement des organismes d'audit. Il nous semble par ailleurs que le financement ne devrait pas être assuré par les établissements de santé dans la mesure où la procédure d'accréditation est obligatoire et non facultative comme c'est le cas en France. En effet, l'organisme n'assurera ni accompagnement ni encadrement préalable et en plus, l'autoévaluation déjà réalisée par les hôpitaux leur facilitera largement la tâche. De plus, les sommes exigées nous semblent exorbitantes pour la tâche demandée aux organismes d'audit.

4. L'EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP)

4.1. La définition des EPP est assez peu précise dans ce chapitre. Les références de la HAS en France¹ sont beaucoup explicites que celles proposées dans ce chapitre. Nous souhaiterions qu'elles soient plus détaillées.

4.2. Le développement des démarches d'amélioration de la qualité dans le champ des pratiques cliniques de soins et médicales a déjà été introduit dans la procédure d'accréditation précédente. Ainsi, certains projets ou actions d'évaluation répondant à la définition de l'EPP sont déjà présents dans la plupart des hôpitaux (tels que les revues de mortalité-morbidité, audits et indicateurs cliniques, etc.) et pourraient donc être facilement conservés. Par contre, il nous semble que la mise en place des évaluations de la pertinence des pratiques, l'analyse des risques a priori et l'évaluation des pathologies et des problèmes de santé principaux seraient beaucoup plus difficiles à réaliser sans une collaboration étroite avec le Ministère de la Santé (MS) et les Ordres des Médecins Libanais (OM). En effet, l'introduction d'une culture qualité et une dimension d'évaluation auprès des médecins s'était montrée particulièrement laborieuse dans la précédente procédure d'accréditation et s'était conclue par une très faible participation des médecins. Il nous semble que ce

¹ "Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation" - HAS - édition 2007 (chapitres 40 à 42 - p.147-153)

n'est pas aux hôpitaux de porter à part entière la responsabilité de ce processus d'amélioration des pratiques de soins. Ainsi, il nous paraît prématuré de mettre en route les EPP avant que la formation continue des médecins n'ait été rendue obligatoire comme c'est le cas en France.

- 4.3. Nous déplorons qu'aucune précision ne soit apportée quant à la cotation des EPP. Aucune précision n'est apportée quant à la cotation des EPP. Dans le manuel d'accréditation française^{1,2}, la cotation des critères selon les quatre niveaux (A, B, C, D) et le processus décisionnel sont distincts pour les références hors EPP de celles des références EPP.
- 4.4. Nous souhaitons que si une démarche d'EPP soit mise en place dans les établissements de santé, qu'elle le soit en parallèle avec l'évaluation individuelle des médecins.
- 4.5. Nous proposons que les sociétés savantes, en collaboration avec les OM, établissent des procédures à échelle nationale pour la prise en charge de certaines pathologies, en se référant à la médecine basée sur les évidences, plutôt que de demander à des comités hospitaliers de réaliser des protocoles à échelle locale (ex. prise en charge d'un syndrome coronarien aigu, des pneumonies communautaires, l'antibioprophylaxie en chirurgie, etc.)

5. LA GESTION DES RISQUES ET LA SECURITE DU PATIENT (PS)

- 5.1. Plusieurs références de ce chapitre sont déjà présentes dans le manuel d'accréditation précédant, essentiellement dans les normes Occupational Health and Safety et celles du Planning and Development. Il existe une certaine confusion entre ces chapitres puisqu'il est repris dans le chapitre PS des références telles que: "les risques internes liés à la sécurité des professionnels" (PS1.2) ou "un dispositif de signalement des événements désirables est mis en place et opérationnel pour le personnel" (PS5.2). Nous nous posons la question de savoir comment ces doublons vont être cotés. Un regroupement ou une séparation claire de ces chapitres devrait être faite.

- 5.2. "La promotion de la sécurité des soins exige [...] des professionnels bien formés à la gestion des risques" (p.1) et cf. PS3.5. Cette formation n'est actuellement pas assurée dans nos universités. Qui va la prendre en charge ?
- 5.3. PS1 & 2: L'hôpital doit développer des plans de lutte contre les catastrophes naturelles, épidémiologiques, écologiques (il nous semble que le risque prédominant au Liban est plus celui de guerre et d'attentats !) ainsi que des plans d'actions préventifs, correctifs, de crises, de coordination, de communication, de diffusion de feedback, ce qui nous semble un travail assez fastidieux qui pourrait être réalisé en premier lieu à l'échelle nationale.
- 5.4. Quant à réduire le risque d'une pandémie grippale et "la maladie à pneumocoque" (nous aurions préféré le mot "infections") (p.2), il nous semble que la priorité au Liban serait que le MS assure le remboursement voire la gratuité de ces vaccins comme c'est le cas dans beaucoup de pays.
- 5.5. "Améliorer la sécurité du patient en l'encourageant à participer à ses soins" (p.2), nous souhaiterions avoir des précisions sur ce qui est demandé exactement. La norme NPSG 13.01.01 de la JCAHO³ est beaucoup plus explicite et semble difficile à appliquer au Liban où très peu d'efforts ont été faits jusqu'à présent pour éduquer le public.
- 5.6. PS6.11 à 15: sont repris directement des objectifs nationaux de sécurité des patients en France. Les références concernant la gestion des risques ont pris beaucoup d'ampleur alors qu'on admet actuellement que "nous ne disposons pas d'une réelle mesure des effets produits par la certification sur les résultats de la gestion des risques"⁴. Nous déplorons qu'il n'existe pas au Liban, un centre national pour la sécurité des patients qui pourrait identifier des objectifs nationaux libanais et les cibles qui permettraient des progrès immédiats avec en parallèle le développement d'une stratégie de réduction des risques à long terme.
- 5.7. PS6.15: il est difficile d'exiger "le retrait des solutions d'électrolytes concentrés des unités de soins" alors que même l'OMS et la JCAHO⁵ exigent uniquement un "contrôle des solutions d'électrolytes concentrés", en insistant particulièrement sur le chlorure de potassium ce qui laisserait un peu plus de liberté quant aux mesures à prendre pour limiter les accidents liés à ces produits.

¹ "Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation" - HAS - édition 2007 (p.148)

² "Préparer et conduire votre démarche de certification - un guide pratique" - HAS juin 2008 (p.29 et p.32) (p.47-48).

³ "Accreditaion Program : Hospital National Patient Safety Goals" - The Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations - version 2008

⁴ "Coordination des vigilances en articulation avec la gestion des risques" - N. Abdelmoumène - direction Accréditation - Journée régionale DRASS-ARH Bourgogne, Dijon, 1 juin 2007

⁵ "Control of Concentrated Electrolyte Solutions" - <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety>

-
- 5.8. La liste des LASA (look-alike, sound-alike) devrait être réalisée par l'Ordre des Pharmaciens et/ou le MS et être revue par les établissements de santé (PS6.14).
- 5.9. Enfin, il nous semble essentiel pour diminuer le risque de confusion que le MS fasse un triage des noms de médicaments existants sur le marché et pouvant porter à confusion avant d'approuver l'introduction d'un nouveau médicament au Liban¹.

6. RECOMMANDATIONS:

- 6.1. Financement: des sources de financement devraient être recherchées à l'aide d'agences internationales de financement car les hôpitaux ne peuvent supporter cette charge.
- 6.2. Phase d'accompagnement: à aucun moment le document ne parle de la phase d'accompagnement initialement prévue à une année et précédant l'autoévaluation effectuée par l'établissement lui-même². La formation et la phase d'accompagnement devront être assurées non seulement pour les hôpitaux publics mais également pour les hôpitaux privés. En particulier en ce qui concerne la gestion des risques, les outils d'EPP et l'autoévaluation.
- 6.3. Niveaux de certification: Il nous semble que le barème des quatre niveaux de certification retenu en France³ soit plus logique et souple: niveau 1 = certification pour 4 ans (avec des décisions de type I); niveau 2 = certification avec suivi (au moins une décision de type II) valable pour 4 ans avec une exigence d'un suivi à échéance déterminée par un rapport de suivi ou d'une visite ciblée sur des points identifiés dans le rapport ; niveau 3 = certification conditionnelle (au moins une décision de type III). L'établissement n'est pas certifié, la certification est conditionnée à la satisfaction du suivi réalisé à échéance déterminée sur des points identifiés dans le
- rapport ; niveau 4 = non certification. Ce niveau ne pouvant pas être prononcé en première intention Ce barème offre la possibilité aux établissements de santé de s'améliorer rapidement sans devoir attendre une nouvelle accréditation après 3 ans.
- 6.4. Comité d'Appel: comme nous l'avions déjà demandé⁴, nous souhaitons qu'il existe un comité d'Appel indépendant qui soit responsable en cas de désaccord entre les hôpitaux et les organismes d'audit ou en cas de désaccord quant à la décision de retrait entre l'organisme et le CTA.
- 6.5. Langue:
- 6.5.1. Nous souhaitons que non seulement la version définitive mais également les documents soumis à consultation soient traduits en arabe et en anglais afin que toutes les personnes concernées puissent donner leur avis.
- 6.5.2. Nous insistons pour que les organismes d'audit soient à même de communiquer dans la langue choisie par l'établissement de santé.
- 6.6. Le cas des établissements de santé ayant été certifiés ou accrédités par des organismes internationaux tels que la JCAHO doit être étudié. Une validation par le MS devrait être envisagée.
- 6.7. Nous proposons également la mise en place d'indicateurs qualité nationaux par le MS avec des objectifs nationaux, ce pourrait représenter une voie de travail collectif.
- 6.8. Enfin, nous souhaitons vivement que les laboratoires privés et les centres d'imagerie médicale soient eux aussi soumis à une procédure d'accréditation nationale. Cette procédure devrait également être envisagée pour les organismes de tiers-payant tels que la CNSS, le MS, les compagnies d'assurance, etc.)

¹ "Look-Alike, Sound-Alike Medications Names" - <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety>

² "Protocole d'accord de coopération relative à la qualité en santé" entre le MS et la HAS - Saint - Denis (030706)

³ "Préparer et conduire votre démarche de certification - un guide pratique" - HAS juin 2008 p.48

⁴ "Accreditation of hospitals in Lebanon" - Syndicat des hôpitaux libanais - envoyé à Dr. Walid Ammar et M. Karim Laaribi en janvier 2007.