

Journée ACOPHRA du 30 mai 2002. Chambéry

ACCREDITATION

A/ L'accréditation vue par des « accréditeurs »

Un Directeur, Membre du Collège National d'Accréditation Dr Franck Chauvin, Centre Léon Bérard, Lyon.

Franck CHAUVIN, a un double regard puisqu'il fait partie à la fois des accréditeurs, en tant que membre du collège d'accréditation, et comme accrédité en tant que directeur adjoint du Centre Léon Bérard. Le collège d'accréditation se réunit une fois par semaine, il est constitué de 22 membres (30 à partir de septembre 2002 dont 20 nouveaux membres).

Le processus d'accréditation a démarré :

- 3038 établissements sont engagés dans la démarche
- 477 experts visiteurs
- Plus de 130 dossiers examinés par le collège au 01/01/2002
- 100 comptes-rendus sont visibles sur le site internet de l'ANAES

L'accréditation est un processus dynamique et complexe

- Avec une série d'allers-retours entre les établissements et les accréditeurs.
- Au départ, il y a l'entrée de **l'établissement** dans la démarche par son **autoévaluation**
- Analyse** par les **experts visiteurs**
- Visite** de **l'établissement** par les **experts visiteurs**
- Rapport** des **experts visiteurs** concernant la visite et envoi à l'établissement
- L'établissement** émet des **observations** vis à vis du rapport et les transmet au collège
- Le collège** prend les **décisions** (accréditation, recommandations, réserves)
- Suite aux décisions prises par le collège, **un plan d'action** est mis en place au niveau de **l'établissement**
- Les décisions du collège** sont diffusées **au public**

Remarque :

En général, les problèmes rencontrés par les établissements sont surtout des problèmes de méthodes.

Les missions du Collège

- Les décisions, sont centrées sur le patient, le dossier patient en particulier.
- Le rapport annuel, les résultats, l'évolution de l'état de Qualité et de Sécurité

Les décisions du collège

- Elles se font en 2 temps :

satisfaction de la procédure

validation du rapport d'accréditation et prise des décisions. Ces dernières vont graduellement de la recommandation, à la réserve, puis à la réserve majeure si la sécurité du patient n'est pas assurée.

-Les grands principes de décisions

La priorité est le patient qui est au centre du dispositif

Prise en compte de tous les référentiels

Prise en compte à la fois de la fréquence et de la gravité des défaillances

Analyse de la dynamique globale, de la capacité à réagir, mises en œuvre par l'établissement de santé en terme d'amélioration de la qualité et de la Sécurité

-Représentations du processus de décisions

Il y a plusieurs filtres :

Entrée du processus

Situation

Dynamique

Appréciation des risques : sécurité, risque pour le patient, risque diffus, pouvant déboucher sur des réserves ou des réserves majeures

Sortie

Les Résultats :

-Etat actuel

3 établissements non accrédités

12 établissements accrédités sans recommandation

933 établissements accrédités avec réserves et/ou recommandations

-Les décisions prises concernent surtout 3 domaines :

La prise en charge du patient, le circuit du médicament (DIP, DPA, OPC) : 604 décisions

Management et logistique (MEA, GRH) : 356 décisions

Qualité et gestion des Risques : 280 décisions

Au total : 1240 décisions

-Répartitions des réserves et réserves majeures :

Référentiel	DIP	DPA	OPC	MEA	GRH	GFC	GSI	QAR	VST	SPI
s										
Réserves %	10.8	25.2	17.3	5.4	4.8	6.5	1.4	9.7	7	11.9

QAR, VST et SPI concernent la sécurité du patient : 28.6% des réserves. Les réserves résultent, en particulier de l'examen du dossier patient (DIP, DPA, OPC) : 53.3% des réserves.

-Les contestations

5 réserves majeures sur 23 ont été réexaminées : 3 sont restées en réserves majeures, 1 a été transformée en réserve et 1 a été transformée en recommandation

36 réserves sur 255 ont été réexaminées : 20 sont restées en réserves et 10 ont été transformées en recommandations, les 6 autres ont été levées.

38 recommandations sur 702 ont été réexaminées : 10 sont restées en recommandations, les autres ont été levées.

-Les éléments les plus positifs

La visite permet l'approbation de l'autoévaluation. La démarche d'accréditation permet de développer au sein des hôpitaux la transversalité et la pluralité. Elle est basée sur un référentiel commun à tous les établissements

-Les principaux points à améliorer

Le dossier patient, en particulier : l'information du patient sur ses soins, la discussion du rapport bénéfices/risques des différents traitements, le consentement éclairé et la traçabilité dans le dossier patient.

La signature des prescriptions

L'intimité, la confidentialité

La continuité de la prise en charge

Les circuits du linge, des déchets

La stérilisation

Le bloc opératoire...

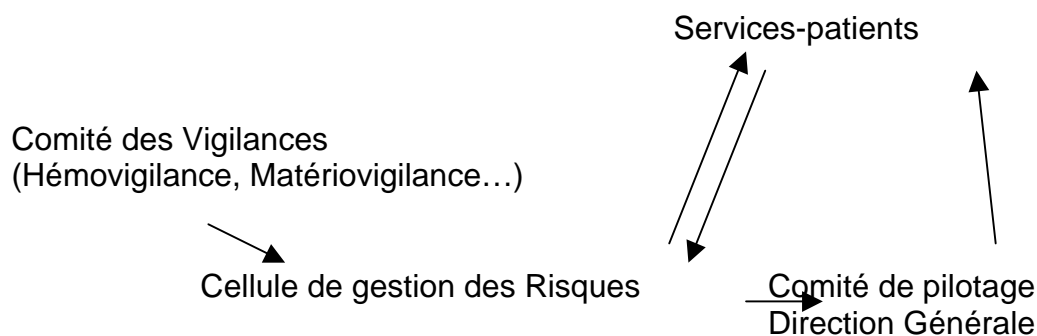
L'évolution de l'état de Qualité et de Sécurité

Elle se fait en 4 stades

-Stade n°1 établissement dont la culture Qualité est récente où les vigilances réglementaires sont mises en place (hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, prévention des accidents du travail, des infections nosocomiales) mais ne fonctionnant pas.

-Stade n°2 établissement ayant mis en place la gestion des risques (non couvert par les vigilances) et une culture Qualité ancienne avec une forte implication des différents acteurs mais un système de détection des risques reste à mettre en place grâce aux agents du terrain.

-Stade n°3 établissement ayant une réelle organisation de la Qualité selon schéma suivant



-Stade n°4 établissement présentant une réelle efficacité du système Qualité avec des indications et des tableaux de bord Qualité en routine, à ce jour, aucun établissement n'en est à ce stade mais 3 n'en sont pas loin.

Référentiel DPA

-Score de qualité permettant de noter les différentes composantes de ce référentiel, la moyenne est de 1.5/3

Consentement du patient : 1.38

Prescription et circuit du médicament : 1.99

Continuité des soins : 2.28

Transfert des informations : 2

Evaluation du dossier : 1.86

-Globalement, les composantes assurées par le personnel médical ont de moins bons scores que les composantes assurées par le personnel infirmier

Les décisions évoluent en fonction des référentiels

-Les insuffisances au niveau de la traçabilité se traduisent par des réserves dans 4% des cas et des recommandations dans 28% des cas.

-Alors que les insuffisances au niveau des prescriptions se traduisent par des réserves dans 17% des cas et des recommandations dans 18% des cas.

-De même, les insuffisances au niveau de la continuité des soins ou de la transmission de l'information se traduisent par des réserves dans 7% et 15% des cas respectivement et par des recommandations dans 18% et 28% des cas.

Quelques exemples d'évaluation

-Traçabilité des prescriptions évaluée par une échelle de score allant de 0 à 3

score=0 : prescription orale 10%

score=1 : prescription écrite et orale en garde 18%

score=2 : prescription écrite et signée par le médecin 30%

score=3 42%

Le score moyen est de 1.99

-Planification des soins

score 0 7%

score1 : utilisation de plusieurs supports, retranscriptions 20%

score2 33%

score3 40%

Les soins se décomposent en plusieurs séquences où la qualité varie selon la séquence

En effet, il y a 5 phases :

décision

prescription

continuité de la prise en charge

information du patient

évaluation de la qualité du soin

La qualité est bonne en ce qui concerne la prescription et la continuité et moins bonne en ce qui concerne la prise de décision, l'information du patient et l'évaluation des soins.

Conclusions

-La procédure d'accréditation fonctionne bien

- Le délai entre visite et rapport ANAES est assez long mais la procédure va évoluer de manière à raccourcir ce délai
- La démarche d'accréditation vit, actuellement une période charnière entre « l'artisanat » et « l'industrialisation »
- 3038 établissements sont engagés dans le processus alors que 130 seulement ont été visités

Remarques

- Dans les mois à venir, on va insister de plus en plus sur le consentement. En fait, il s'agit surtout de noter, dans le dossier, que le patient a été informé
- Généralement, le rapport des EV se fait intégralement sur site, les experts prennent alors 8 jours de recul
- L'ANAES laisse plus de temps aux établissements pour faire leurs observations (2 mois), qu'elle ne se laisse de temps pour prendre ses décisions (1 mois).

Un Clinicien, Expert Visiteur

Dr Jean Pierre Bourgeois, CH Chambéry.

Rappel des objectifs de la démarche d'accréditation

Reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé

Appréciation de la qualité et de la sécurité des soins

- Appréciation de la prise en charge globale du patient et de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins
 - Implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité
- Amélioration de la confiance du public

Etapas de la procédure

- Engagement de l'établissement de santé dans la procédure
 - Autoévaluation
 - Visite des experts : rencontre initiale, rencontre des groupes d'autoévaluation, autres rencontres, préparation du rapport des experts, séance de restitution
 - Rapport des experts
- Ces 4 étapes concernent les experts visiteurs.

- Observations de l'établissement de santé
 - Rapport d'accréditation / contestations éventuelles
 - Compte-rendu d'accréditation
- Ces 3 étapes concernent l'expert visiteur coordinateur.

L'expert visiteur clinicien

En quoi le clinicien fait-il un bon expert visiteur ?

- Orientation professionnelle : médecine globale (psychiatrie...), sensibilisés à l'organisation et au fonctionnement d'un établissement de santé
- Expérience diversifiée : le statut privé/public n'intervient pas (souvent ils ont exercé dans les 2 secteurs), la fonction dépasse souvent la médecine (activité transversale dans l'hôpital)
- Formation complémentaire : dans le domaine de la qualité, ou autres (droit, éthique, informatique)

Dernièrement, 1800 médecins ont posé leur candidature en 1998, 25 ont été retenus (NB : forte implication des médecins).

Le pharmacien praticien hospitalier

Le pharmacien n'est-il pas prédestiné à l'accréditation ?

Si, on pourrait même dire qu'il est fait pour l'accréditation et c'est un praticien hospitalier à part entière.

- Formation : qualité/sécurité (ne serait-ce que par le médicament), gestion, réglementation (omniprésence dans l'exercice de sa fonction)
- Transversalité fonctionnelle du pharmacien : services de soins et médicaux-techniques (médicaments, dispositifs médicaux, stérilisation, gaz médicaux, laboratoire, médecine nucléaire, ...)

services généraux (approvisionnement, transport, informatique, ...)
structures institutionnelles (CLIN, CLUDD, sécurité transfusionnelle, ...)

-Interface :

entre la direction, les services et le patient (autonomie, relais en faisant parti du CME ou de l'administration, moteur de la démarche client/fournisseur qui représente un des thèmes de la qualité),

pour la gestion d'effets indésirables ou d'alerte (pharmacovigilance, matériovigilance, infectiovigilance, biovigilance). Les vigilances ne fonctionnent que si le pharmacien est impliqué

Les différents acteurs hospitaliers

-Méthodologie de l'autoévaluation :

pluridisciplinaire et multiprofessionnelle (complémentarité nécessaire, confrontation des différentes catégories socioprofessionnelles en vue d'un objectif commun qu'est la prise en charge du patient, participation effective, ...)

centrée sur le malade et non sur les procédures (qualité, sécurité, démarche continue et dynamique)

-Comité de pilotage : pour qu'une bonne évaluation soit réalisable, il faut avoir des objectifs bien définis, des moyens et donc avoir mis en place une politique et une stratégie d'action

Autoévaluation

Exposé des actions réalisées et/ou programmées, éléments de preuve disponibles, champs couverts bien délimités, résultats clairement affichés et argumentés avec les objectifs correspondants.

Ce qui est évalué ici est un processus organisationnel mais certainement pas des compétences ; ce processus doit être créatif, imaginatif, dynamique et pas uniquement une procédure administrative, en résumé une recherche d'amélioration continue.

NB1 : importance de la participation effective de toutes les catégories socioprofessionnelles, les établissements privés ont, à ce titre, de meilleurs résultats que les établissements publics dont le système plus fermé et hiérarchisé oublie certains acteurs.

NB2 : en réalité les accréditeurs voient des attitudes diverses :

Pour les établissements privés, certains ont eut des démarches originales : sous forme de jeu avec formation de binômes, autoévaluation transversale et non pas par référentiel (travail colossal puisque chaque groupe d'autoévaluation étudiait tous les référentiels)

Pour les établissements publics, certaines démarches étaient insatisfaisantes (certification au lieu d'évaluation) ou inexistantes (pas d'autoévaluation bien que le fonctionnement de l'établissement était correct).

NB3 : pour illustrer le fait que les compétences n'interviennent pas dans l'accréditation, M. BOURGEOIS nous a exposé le cas d'un établissement public local où il y avait un problème de recrutement de gens compétents mais dont la directrice dynamique engageait cet établissement dans la bonne voie.

La structuration des référentiels

-Politique de l'établissement de soins pour satisfaire le référentiel

-Engagement des acteurs dans la définition et la mise en œuvre de cette politique

- Outils ou pratiques mise en œuvre pour satisfaire le référentiel
- Evaluation des résultats, de la satisfaction par rapport aux engagements

Un regard extérieur

- Généralement apprécié car non exhaustif, non orienté (que ce soit du point de vue de la qualité ou des solutions à apporter), non normatif (comme le serait un contrôle, une inspection, ou une certification)
- Il n'y a pas de crainte à avoir, c'est un accompagnement pédagogique

Questions

Délai visite/décision de l'ANAES ?

6 mois environ : rédaction du rapport, retour du rapport à l'hôpital qui peut effectuer des contestations, renvoi à un rapporteur du groupe d'accréditation puis délibération avec 4 groupes de professionnels, décision. Mais une modification des procédures (vers une normalisation) est en cours pour essayer de se rapprocher du délai canadien : 45 jours !

Nombre de pharmaciens parmi les experts visiteurs ?

4/500 : c'est très peu d'autant plus qu'il n'y a pas de pharmacien dans le collège d'accréditation cette fois-ci.

Un Pharmacien, Expert Visiteur

Catherine Piolat, Hôpital de Chatillon sur Chalaronne (Ain)*

*Diapositives en annexe

Quelques rappels sur la visite d'accréditation

Elle dure de 3 à 5 jours et est effectuée par 3 à 6 experts visiteurs

Les experts visiteurs : Qui sont-ils ?

Article 791-2-22 du CSP :

- L'EV est un professionnel ayant une expérience de plus de 10 ans dans le domaine de la santé, exerçant ou ayant exercé dans les 3 ans précédant la date du dépôt de sa candidature
- Il exerce des fonctions à caractère transversal
- Il a une expérience de conduite de projets d'amélioration de la qualité
- Il bénéficie d'une formation initiale et d'une formation continue

Ils appartiennent à des catégories professionnelles différentes :

L'équipe de base : 1 médecin, 1 gestionnaire, 1 cadre infirmier

En complément : 1 ingénieur, 1 biologiste, 1 pharmacien, 1 kinésithérapeute

L'EV coordinateur, ses missions :

- En amont l'organisation de la visite avec l'établissement et l'ANAES
- Pendant la visite, il anime la rencontre initiale, planifie et anime les synthèses entre les experts visiteurs
- Après la visite, il communique à l'ANAES le rapport des experts visiteurs et assure le lien avec le rapporteur du Collège de l'Accréditation

La visite d'accréditation

Objectifs principaux :

- Valider l'autoévaluation
- Apprécier la façon dont l'établissement s'est organisé pour évaluer et améliorer la qualité et la sécurité des soins

-La visite n'est pas un contrôle

Déroulement les 3 temps principaux : la visite porte sur l'ensemble des activités de l'établissement de santé

- Prise de connaissance de l'établissement
- Etude de l'établissement
- Temps de synthèse

Prise de connaissance de l'établissement :

- Rencontre initiale avec les représentants de l'établissement et avec le comité de pilotage (1 pharmacien devrait faire partie de ce comité)
- Visite du site (tous les services ne pourront pas être visités)
- Etude des documents mis à disposition (la gestion documentaire doit être faite correctement, notamment pour que les EV puissent s'y retrouver rapidement)

Etude de l'établissement :

- Rencontres des groupes d'autoévaluation (personnel de la pharmacie entre autres)
- Rencontres individuelles (personnel, patients, responsables institutionnels)
- Visites ciblées de jour ou de nuit (stérilisation...)
- Analyse détaillée des documents

Temps de synthèse :

- Les bilans journaliers (très important pour éviter les malentendus)
- La séance de restitution où il faut tout mentionner (les oublis ne pourront pas être repris dans le rapport)

La pharmacie hospitalière et l' accréditation : quelques points

- La démarche qualité:
 - la gestion documentaire
 - les fiches de signalement
 - les indicateurs
- L'autoévaluation
- La sécurité des soins

Remarque : Pour le détail des référentiels et des références concernant plus spécifiquement la pharmacie se référer au manuel « **Accréditation et Pharmacie Hospitalière** », publié par la SFPC en 2001

La démarche qualité :

- Basée sur la notion de « patient-client »
- En amont de l'Accréditation
- Professionnels motivés (information, formation, implication de la direction, du personnel médical)
- La Qualité ce n'est pas de créer des documents mais de disposer de professionnels motivés
- A la pharmacie, implication de tous, ne pas oublier les préparateurs, le personnel de la stérilisation
- Mais attention : bien que la Qualité soit connue depuis longtemps en pharmacie hospitalière, il faut revoir les systèmes d'assurance qualité mis en place depuis longtemps et l'intégrer dans l'ensemble de l'établissement.

La gestion documentaire

- La formalisation doit être sélective et limitée aux pratiques et situations complexes ou à risques
 - Les protocoles, instructions de travail, doivent être construits et testés par les professionnels concernés, accessibles à tous
- Le but est d'être réellement utile

Les fiches de signalement

Les défaillances et les non-conformités sont une source inestimable d'information et de progrès

Les indicateurs

- Les professionnels sont tous associés à l'élaboration d'outils permettant l'évaluation : critères, indicateurs qui permettent l'autoévaluation

Exemple d'indicateurs:

- OPC : % prescriptions non signées
- GRH : formation continue, % agents, stabilité du personnel %
- VST : traçabilité des PSL
- SPI : antibioprophylaxie, % de dossiers conformes aux recommandations, suivi en incidence de certaines infections nosocomiales

L'autoévaluation

- La plus objective possible
- Si possible faite par quelqu'un d'extérieur au service
- Entre l'autoévaluation et la visite certaines améliorations proposées par l'établissement sont mises en place

La sécurité - fiches de synthèses

A remplir au moment de la démarche

Modèle de l'ANAES : fiches récapitulatives de tous les contrôles

- La sécurité des personnes et des locaux (exemple : les ascenseurs), la sécurité incendie
- L'hygiène
- La sécurité alimentaire, y compris l'eau d'alimentation
- La pharmacie
- Les vigilances
- La stérilisation (exemple : les autoclaves)
- La sécurité anesthésique
- L'eau, l'air, les fluides
- La collecte et l'élimination des déchets

Permet de définir un état de fait sans appréciation particulière : ce n'est pas un contrôle

Conclusions

- La procédure d'accréditation constitue un temps particulier d'appréciation d'un processus continu d'amélioration de la qualité
- Après la visite « il ne faudrait pas s'essouffler »
- L'expérience d'expert visiteur m'a permis de prendre conscience que l'on ne travaillait pas suffisamment en équipe et d'une manière transversale
- Regret de pharmacien, il y a très peu de place au sein des équipes d'experts visiteurs pour les pharmaciens

REMARQUES

-Il existe des outils pour détecter les écarts de subjectivité trop importants.

-En l'utilisant comme argument, l'accréditation, permet d'avoir des moyens supplémentaires par l'ARH que ce soit pour faire face à la surcharge de travail pendant la préparation ou pour pallier les défaillances relevées pendant la visite.

-L'accréditation sert surtout aux accrédités : bon diagnostic de l'établissement, secteurs où les efforts doivent être soutenus, obtention de moyens...

-A l'avenir, l'accréditation deviendrait plus systématique et s'intéresserait plus aux pratiques, heureusement d'ailleurs. En effet, une étude a montré aux USA que 80 à 100 000 personnes meurent chaque année suite à des erreurs médicales que l'on pourrait prévenir.

B/ L'accréditation vue par des « accrédités », pharmaciens d'établissement visités

Véronique BARDEY, CHR de Belley
450 lits, pharmacien et « RAQ »

Localisation et contexte

Le CHR de Belley est le seul hôpital de proximité pour une grande partie des personnes habitant cette zone rurale (70000 habitants). En 2001, l'agenda était relativement chargé : en plus de l'accréditation, il y a eu cette année là, la mise en place des 35 h, le projet d'établissement, le SROSS3.

L'enjeu de l'accréditation était de pérenniser les différentes spécialités médicales du CHR

Les acteurs aux CHR de Belley

- La direction
- Le pharmacien qui est également le Responsable Assurance Qualité de l'établissement (RAQ)
- Le comité de pilotage
- Un cabinet de consultant (le pharmacien seul ne pouvait assumer la quantité de travail), il faut, à ce titre une harmonie entre celui-ci et les autres acteurs. Sinon, il ne faut pas hésiter à changer de consultant.

La visite

- 4 experts visiteurs sur 4 jours
- 1 sage femme qui occupait le rôle de coordinateur également
- 1 directeur d'un gros CHU
- 1 médecin anesthésiste
- 1 cadre infirmier

Organisation

- La motivation de l'ensemble du personnel était un enjeu important, pour cela il est nécessaire d'expliquer à tous ce qu'est l'accréditation avec un langage commun et clair.
- V. Bardey assurait en tant que RAQ une permanence, 1 fois par semaine, entre 12 et 14 h pour répondre aux questions et suivre la démarche.
- Des classeurs, régulièrement mis à jour, et permettant de suivre les démarches, ont été préparés pour les unités de soins, le personnel de nuit a, lui aussi, été impliqué.

Conseils, remarques, apports

- Savoir « se vendre » en insistant sur les points positifs de son établissement
- Se renseigner sur les experts visiteurs, leurs spécialités
- Faire preuve de collaboration et de disponibilité, instaurer la confiance
- Cette démarche d'accréditation est d'une grande richesse parce qu'elle permet d'avoir un regard extérieur, donc objectif, sur son établissement
- On peut se servir de l'accréditation comme d'un levier vis à vis de l'ARH

Jean-François LATOUR, Centre Léon Bérard, Lyon*
Pharmacien, président du CLIN

** Diapositives en annexe*

Implication de la pharmacie

La Pharmacie est à la fois peu concernée (peu de référentiels la concernent spécifiquement) et à la fois beaucoup concernée (elle intervient transversalement dans de nombreux référentiels). Par exemple, la pharmacie fait partie de la chaîne de prescription dans laquelle elle représente un des maillons.

Préparation

Pour mobiliser le plus de monde possible, il a été créé une rubrique « Accréditation » sur le site intranet du CLB avec, à disposition, toutes les procédures. La démarche d'accréditation exige une bonne organisation et beaucoup de travail parce que la préparation est essentielle. Il faut noter ses points faibles et montrer que l'on cherche à les améliorer, (par exemple désinfection des nasofibrosopes). Il faut mettre en avant ses atouts, par exemple, prescription informatisée pour les chimiothérapies qui sera étendue à tous les médicaments. Importance de l'informatisation. Un ingénieur qualité a supervisé l'autoévaluation.

Les résultats

Le CLB a été un des premiers hôpitaux visités, il a servi d'ailleurs comme site pilote pour la mise en place des visites d'accréditation. Les résultats ont été rendus pas très rapidement après la visite, 7 mois de délai.

Les experts ont souligné la place importante qu'occupe l'informatique pour la prescription des médicaments (chimiothérapie surtout) mais d'autres points restent à être améliorés, par exemple : la pharmacovigilance et la tenue vestimentaire du service.

Démarche dynamique

L'accréditation est une démarche dynamique qu'il faut entretenir par le maintien de la cellule Qualité qui reste opérationnelle et est impliquée dans la préparation du projet médical 2003-2007, du projet d'établissement qui l'englobe. La préparation de la prochaine visite peut être considérée comme commencée.

Dominique LACHAUD , Clinique Mutualiste, Lyon
230 lits sur 2 sites (rue Trarieux à Lyon et à Vaux en Velin), pharmacien

Service d'amélioration continue de la qualité

Composé d'une responsable de l'amélioration continue de la qualité qui était en l'occurrence une surveillante et d'une secrétaire.

Elle était accompagnée dans sa démarche par un comité de pilotage de la qualité composé de représentants des différents corps de métier (tête pensante) et par une Cellule Opérationnelle de la Qualité (COQ la cheville ouvrière).

Calendrier et désignation des pilotes

Fait par la COQ

- Engagement de la direction pour une visite d'accréditation au premier semestre 2001
- Désignation de pilotes pour l'animation de groupes de travail (1 pilote et 1 copilote par référentiel sauf pour OPC qui est divisée en 3 groupes médecine, chirurgie et mère/enfant)
- Constitution des groupes de travail durant l'été 2000 par chaque pilote : contact des personnes par courrier (confirmation de la participation demandée en retour), ces groupes devaient être représentatifs de l'ensemble du personnel (du médecin à l'ASH), remise de la composition des groupes au service d'amélioration continue de la qualité fin septembre 2000 pour approbation par la COQ
- Séminaire de préparation à l'accréditation le 30 septembre 2000
- Journées de formation des pilotes de groupe d'autoévaluation les 13 et 14 octobre 2000 : aide d'un consultant en qualité pour la connaissance des termes notamment, apprentissage de la méthode de travail « métaplan » (a été remplacée par une autre par la suite)
- Réunions des groupes d'autoévaluation, période du 16 octobre à fin novembre 2000 (4 réunions au total) : lecture du référentiel
- Présentation de la synthèse des travaux de chaque groupe à la COQ (19 au 21 décembre 2000) en présence des membres des groupes
- Restitution de l'ensemble des groupes au comité de pilotage de la qualité le 9 janvier 2001
- Rédaction définitive du rapport par le service d'amélioration continue de la qualité et la direction de l'établissement et envoi à l'ANAES,
- Rédaction des fiches de sécurité sanitaire (1 semaine avant la visite seulement) : bien comprendre ce qu'ils attendent car elles ont du être refait dans la journée
- Visite des experts visiteurs : rencontre individuelle des pilotes de groupe, rencontre de chaque groupe d'autoévaluation, visite de l'établissement
- Restitution de l'autoévaluation par les experts au directeur de l'établissement puis au personnel de l'établissement : beaucoup de choses vraies en un temps très court
- Réception du rapport ANAES en octobre 2001
avec 4 recommandations : sécurité et assurance qualité en stérilisation et absence de médecin de garde en maternité, seulement une sage femme de 22h30 au matin, entre autres
et avec 1 réserve (formaliser et mettre en œuvre un nouveau projet d'établissement)
- Réponse à la réserve (l'hôpital avait demandé un report)
- Réserve levée et transformée en recommandation : 5 recommandations au total
- Réception de la notification d'accréditation en décembre 2001

Planning de la visite d'accréditation

8h30-9h00 : accueil et rencontre initiale sur le site de Trarieux des experts visiteurs

9h00-9h30 : rencontre avec le président du conseil d'administration

9h30-10h15 : rencontre avec le groupe de pilotage, explications sur le système documentaire

10h15-12h45 : visite générale de l'établissement, parcours des 3 sites

13h30-14h00 : consultations des documents MEA par un des groupes, OPC par l'autre

14h00-16h30 : rencontre du groupe MEA, synthèse de MEA, puis consultation des documents GRH par le premier groupe ; déplacement vers la clinique de l'union, visite du site avec rencontre des professionnels par le deuxième

16h30-18h00 : rencontre du groupe GRH (groupe 1) et rencontre du groupe OPC mère-enfant (groupe 2)

18h00-18h30 : synthèse de GRH (groupe 1) et rencontre avec les professionnels (groupe 2)

18h30-19h30 : rencontre avec le Directeur Général sur le site de Trarieux (groupe 1) et retour sur le site de Trarieux avec synthèse de OPC mère-enfant (groupe 2)

20h00-22h00 : regroupement, analyse de documents relatifs à la sécurité

Conclusion

Intéressant car effet mobilisateur, fédérateur, découverte de ressources inexploitées.

Mais est-ce que ça ne va pas retomber?

Elizabeth DURIF, CHS de Bassens.
300 lits, pharmacien

L'autoévaluation

La pharmacie a très peu été investie dans la phase d'autoévaluation, impliquée seulement dans deux secteurs : vigilance sanitaire, risque transfusionnel d'une part, et surveillance du risque infectieux avec activités du CLIN d'autre part. La pharmacie a participé à 2 réunions avec le groupe d'autoévaluation

D'une manière générale le personnel n'a pas été très impliqué : 1% de médecins seulement, l'essentiel était composé de cadres infirmiers.

La visite

Elle s'est déroulée sur 4 jours en décembre 2001 par un groupe d'experts visiteurs composé d'un psychiatre, un directeur, un cadre Responsable Assurance Qualité (RAQ) et un aide soignant.

La visite, à la pharmacie, a duré 1h30 environ dont 3/4 d'heure passés à la stérilisation. Elle a été ressentie comme une inspection (notamment à la stérilisation). Les remarques ont porté sur l'organisation des locaux (préparatoire non conforme, zone de stockage du matériel mal délimitée avec celle des médicaments) et les procédures.

Le rapport

-Référentiel : le patient et sa prise en charge

Point fort : sécurité de prescription des médicaments (en effet, toutes les ordonnances sont nominatives avec la prescription, l'état physiologique du patient, environ 80 à 100/jour, le document a été validé par la CME et en 2 ans tous les services s'y sont mis, biais car préparation des médicaments par les infirmières avant validation par la pharmacie)

Point faible : absence de document d'observance

Proposition des experts : informatisation du circuit du médicament

-Référentiel : gestion de la qualité et prévention des risques

Point faible : politique qualité non clairement définie par l'établissement, absence d'un programme global et formalisé

Proposition des experts : mise en place d'une politique qualité avec élaboration d'une grille d'évaluation, désignation d'un responsable et de référents Qualité

-Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Point fort : organisation de l'hémovigilance (pourtant seulement 1 transfusion tous les 2 ans !)

Point faible : absence d'un responsable matériovigilance

Proposition des experts : inscription dans le plan de formations concernant les vigilances et mise en place d'un comité du médicament.

-Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Point fort : infirmière hygiéniste à temps plein, existence d'une commission des antibiotiques

Point faible : procédures non réactualisées, absence d'un président du CLIN

Proposition des experts : formation systématique à l'hygiène de tout le personnel, définition d'une politique d'hygiène avec recueil et surveillance des infections nosocomiales, réactualisation des protocoles existants, mise en place de procédures d'évaluation.

Bernadette VALENCE, CHU de Grenoble.
CHU 2000 lits, pharmacien responsable de stérilisation

Calendrier

- Septembre 2000, décision d'engagement dans la démarche pour 2001, appropriation des référentiels pour mieux cerner les objectifs
- Début 2001, procédure, calendrier, vote des instances :
Constitution des équipes d'autoévaluation (1 groupe de 10 par critère) avec une forte implication des services médico-techniques, des fonctions logistiques. L'administration était peu représentée.
- Mobilisation du personnel en joignant un bulletin qualité avec la feuille de paye, et création d'un site Internet
- Groupe de pilotage : UQEM + direction, comité de coordination, création d'un poste de directeur qualité à mi-temps
- Janvier à mars : préparation et formation des équipes
- Avril à juin : autoévaluation, 6 à 10 réunions de type « brain storming »
- Juillet à septembre : relecture et rédaction du rapport, harmonisation
- Octobre : validation, préparation de la visite (prévue en décembre)

Auto évaluation

- Une équipe par référentiel : 137 personnes impliquées en tout
- Autoévaluation des secteurs médicaux et médicaux-techniques : 87 critères sélectionnés et soumis à tous les services, regroupés en 21 secteurs : 398 personnes ont participé à cette étape.
- Autoévaluation des secteurs logistiques : 10 groupes, 81 personnes
- Etude des dossiers patients : 100 dossiers analysés par 8 personnes, résultats intégrés aux réponses au référentiel concerné

Pour la pharmacie

- Implication dans les groupes d'autoévaluation : OPC, GFL, QPR, VST, SPI
- Autoévaluation du département pharmacie
- Participation aux groupes fonctions logistiques : approvisionnements, fonction linge, équipements, fonction un peu transversale qui permet de voir si les différents services travaillent entre eux : ça été le plus difficile.

La visite

Présence de 6 experts visiteurs, dont 3 directeurs, répartis en binômes (gros site). Elle s'est déroulée sur 2 semaines autour de Noël.

Référentiel SPI

- Eléments de conformité :
CLIN actif (surveillance, protocoles, formation, évaluation)
procédure HACCP en cuisine
gestion des risques sanitaires : UMAGRIS et médecine du travail
politique de maîtrise des antibiotiques
- Suggestions d'amélioration :
Formation et évaluation à améliorer
Nécessité de mise en conformité du processus de stérilisation et étendre la démarche qualité à tous les sites de stérilisation (projet de restructuration blocs et stérilisation à l'étude)

Traçabilité des dispositifs médicaux à améliorer (provient aussi du fait que les structures sont éclatées).

Rapport des experts-visiteurs

Les résultats ont été rendus avec beaucoup de réserves, la démarche d'accréditation n'ayant semble-t-il pas été comprise. Le fait d'avoir un projet n'est pas suffisant, il n'y a pas eu de dynamique. Les experts attendaient plus que le simple remplissage des cases, notamment des justifications.

-Au cours de la visite : interrogations sur la qualité du processus de stérilisation, hors stérilisation centrale

-Rapport : « le pharmacien n'assume pas la responsabilité réelle de l'ensemble du processus de stérilisation »

-Propositions des experts-visiteurs : révision complète de la politique et des processus de la chaîne de stérilisation

Discussion

Appropriation insuffisante par l'ensemble du personnel. La démarche qualité a été vécue comme une progression pour certains, mais pour d'autres l'accréditation revenait seulement à rédiger des procédures. Visibilité insuffisante de la dynamique d'amélioration continue de la qualité : indicateurs à mettre en place.

NB : rédaction de la réponse en cours, sachant que tout ne peut être résolu dans l'immédiat.

Points positifs

-Constitution de groupes multi-disciplinaires, échanges, démarches transversales

-Analyse des points forts et recentrage sur les points à améliorer en priorité

-Suite : projet de centralisation de la stérilisation (était à l'étude depuis 4 ans mais « boosté » par la visite).

-On peut voir l'accréditation comme une photo de la situation à un temps t.

Christine VRAY-REOCREUX, CH de Tarare..
Hôpital de 300 lits (200 longs séjours et 100 MCO), 300 employés
Pharmacien à temps partiel

Août 98 : début de la démarche d'assurance qualité du CHT

- Démarche particulière car, dès mars 98, mise en place d'une démarche qualité avec implication très forte de la direction
- Embauche d'un qualifié qui provenait du milieu industriel et qui a donc du intégrer toute la culture liée à «l'hôpital »
- Information de l'ensemble du personnel du CHT (par petits groupes) définition du niveau de qualité à atteindre, état des lieux

Janvier 1999

- Diffusion de la version expérimentale du manuel d'accréditation
- Création d'un comité de pilotage assurance qualité
- Fin de l'état des lieux qui a permis la mise en place d'une dynamique

Information permanente du personnel.

- Diffusion trimestrielle du point qualité avec la fiche de paye : histogramme d'état d'avancement des différentes étapes de la démarche
- Diffusion et consultation du système de documentation Qualité par informatique sur Intranet (plus de traces papier des procédures) : procédures validées, groupes constitués

Novembre 1998 à avril 1999

- Diagnostic initial de l'établissement en fonction des références de l'ANAES : 50% des références qui comportent des critères hautement souhaitables sont satisfaites, 29% des références ne le sont pas
- Projet d'accréditation du CHT validé par le comité de pilotage avec mise en place de 15 groupes de travail, de plans d'actions prioritaires basées sur les critères hautement souhaitables

Août 2000 : engagement du CHT dans la procédure d'accréditation

- Signature du contrat avec l'ANAES : visite prévue pour mars 2001
- Autoévaluation : 9 groupes pluri-professionnels, rapport d'autoévaluation à envoyer en janvier 2001

Visite des experts de l'ANAES

- Les 13, 14 et 15 mars 2001 : 4 experts-visiteurs dont 1 médecin et 1 chirurgien. Au niveau de la pharmacie, la visite a été très rapide, le seul gros problème soulevé est la sécurité de transports des médicaments entre les 2 bâtiments
- Première restitution des conclusions à chaud, en présence du personnel constitué par les groupes d'autoévaluation, à l'issue de la visite : les experts ont été très efficaces car ils ont fait ressortir beaucoup de choses.

Avril 2001

Ne pas laisser retomber cette dynamique !

Mise en place d'un programme de gestion de la qualité et des risques. 15 auditeurs internes sont formés (volontaires désignés) : formation sur 3 jours, trinômes, 5 audits par an prévus.

Juillet à septembre 2001

Réception du rapport d'audit et renvoi des observations du CHT

Elaboration d'un nouveau programme de gestion de la qualité et des risques 2001-2002

15 février 2002

-Rapport renvoyé par le collège de l'accréditation de l'ANAES :

Le centre hospitalier de Tarare est accrédité

-Visite ciblée programmée dans 18 mois dans le cadre de 2 réserves majeures :

Dossier patient : depuis 99 réflexion sur un dossier informatisé mais pour des raisons annexes, il n'a toujours pas été mis en place, en revanche l'ANAES ne veut pas que cela soit bâclé et rappelle que le choix du support papier est possible

Circuit des déchets (un incinérateur hors normes)

Conclusions

Pour que la démarche d'accréditation se passe bien :

-Implication de la direction primordiale

-Un RAQ formé qui s'occupe de la gestion documentaire avant, pendant et après puisqu'il doit y avoir une évolution des procédures, cela ne s'arrête pas après la visite et qui s'occupe aussi de la dynamique des groupes de travail

-Information du personnel sur l'état d'avancement du projet

-La participation de toutes les catégories de personnels pour l'autoévaluation

Ce que cela apporte au pharmacien :

-Du travail car le pharmacien est très souvent sollicité, du fait de ses compétences, pour participer à des groupes de travail

-Une meilleure connaissance du personnel de l'établissement

-La qualité au quotidien : c'est le but recherché

-La satisfaction de voir le travail reconnu par les experts et les efforts appréciés

Pas ressenti comme une inspection et plutôt motivant.

Table ronde

QUESTIONS ET REMARQUES

A-t-on augmenté le temps de travail du personnel ?

- Clinique Mutualiste : accréditation comprise dans le temps de travail pour que le maximum de gens soient mobilisés
- CH de Belley : idem c'est essentiel pour avoir l'adhésion du personnel, cela peut faciliter une création de poste, de préparateur par exemple.
- Grenoble : mobilisation de moyens déjà disponibles pas de création de poste spécifique.
- CLB : sur temps de travail.
- Tarare : idem donc moins d'infirmiers disponibles pour accomplir leur activité de routine cela a été plus difficile de prendre uniquement sur leur temps de travail

Vérifications des prescriptions, on a l'impression que cela devient de plus en plus important dans les critères de l'ANAES

F CHAUVIN : en effet, volonté de sensibilisation aux validations de prescriptions

Acuité des commentaires au moment de la restitution

Experts : finalement c'est assez facile, on arrive bien à ressentir le climat

Evaluation de l'administration

Bons scores en général

Système informatisé ou non ?

F. CHAUVIN : il vaut mieux avoir un bon dossier papier qu'un mauvais dossier informatisé, pas de sanctions si pas de système informatisé. L'informatique ne peut pas résoudre tous les problèmes.

Différence accréditation/inspection

F. CHAUVIN : jamais de réserves ne sont émises sur un problème de réglementation, ce n'est pas une inspection.

Réglementation et sécurité : ce n'est pas séparable !

F. CHAUVIN : ce n'est pas leur problème en soi, il s'agit de voir s'il existe un système pour déceler et corriger des dysfonctionnements. Le respect de la réglementation est un pré-requis.

Problèmes des groupements d'établissement type HCL

Chaque établissement est étudié indépendamment, si les premiers établissements visités ne présentent pas de bons résultats, des réserves sont émises, cela laisse du temps à la direction pour recadrer les objectifs des autres établissements.

Qu'elle est la pondération des différents critères ?

Il existe un biais d'évaluation : l'effet maille, c'est à dire que pour les établissements plus petits, les experts ont tendance à voir plus de détails. Donc, en effet, ils essaient de pondérer.

Remarques :

-Les relations inter-personnel font partie de la visite.

- Il faut préparer sa visite, non pas en cachant les points faibles mais en préparant les réponses.
- Dans l'ensemble, grande honnêteté des établissements.