



# Accréditation et qualité : l'expérience d'un Centre Hospitalier Général

Dr D. BLANCHIER - CH - ANGOULÈME

## RAPPEL DE QUELQUES DÉFINITIONS

### QUALITÉ :

Ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire les besoins des clients.

Pour l'OMS : délivrer à chaque patient l'assortiment des actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction.

**Assurance qualité** ou démarche qualité : ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre par l'entreprise (l'hôpital) pour donner confiance aux clients (aux patients) dans sa capacité à satisfaire régulièrement leurs besoins, c'est-à-dire :

- prévoir et écrire tout ce que l'on va faire
- faire tout ce qui a été prévu
- vérifier que tout ce qui a été fait est conforme
- corriger les écarts éventuels

**Indicateur de qualité** : Outil d'évaluation, élément quantifiable, simple à recueillir, reproductible, qui sert à apprécier l'écart entre les objectifs attendus et la réalité.

Un exemple choisi par le service : attente d'un patient dialysé avant branchement. On détermine une norme : par exemple 30 minutes maximum entre l'heure de convocation du patient et la mise en route de la dialyse.

L'indicateur est souvent un quotient : nombre d'écarts par rapport à la norme fixée sur nombre de patients ou de séances.

### ACCREDITATION :

Procédure d'évaluation des établissements de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement ou de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble

de son fonctionnement et de ses pratiques.

#### 2 objectifs :

- Assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade,
- Promouvoir une politique d'évaluation continue de la qualité au sein de l'établissement.

#### 2 questions sont posées :

- 1) Tout est-il organisé pour que les professionnels de votre établissement fassent bien leur métier ?
- 2) Comment le vérifiez-vous ?

Cette procédure a été définie par l'ordonnance du 24 avril 1996 et est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).

Tous les établissements de santé (3700) devront entrer dans cette procédure d'ici 2002.

#### Les différentes étapes du processus d'accréditation :

- 1) L'établissement demande l'engagement dans la procédure
- 2) Autoévaluation à l'aide du manuel d'accréditation
- 3) Analyse de l'établissement par une équipe d'experts visiteurs
- 4) Rapport des experts
- 5) Conclusion du collège d'accréditation :

L'accréditation est accordée pour une durée maximum de 5 ans avec 4 niveaux d'appréciation : sans recommandations, avec recommandations, avec réserves, avec réserves majeures ; les niveaux sont rendus publics.

**Le manuel d'accréditation** a été élaboré par l'ANAES courant 1998.

Il comprend 3 grands domaines de références (ou référentiels) avec des sous-chapitres :

#### I - Le patient et sa prise en charge

1. Droits et information du patient
2. Dossier du patient
3. Organisation des soins et coordination des prestations médico-techniques
4. Prise en charge hôtelière

#### II - Management, gestion et logistique

1. Management de l'établissement et des secteurs d'activité
2. Gestion des ressources humaines
3. Gestion des fonctions logistiques
4. Gestion du système d'information

#### III - Qualité et prévention

1. Gestion de la qualité et prévention des risques
2. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
3. Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Pour chacun de ces référentiels l'évaluation se fait à partir de 2 outils :

- **Référence** = énoncé d'une attente ou d'une exigence, rédigée sur le mode affirmatif.

Exemple : dans le référentiel I - *Le patient et sa prise en charge* 3. *Organisation des soins et coordination des prestations médico-techniques* comprend 15 références

Exemple référence 11 : *la prise en charge des besoins spécifiques du patient est assurée*

- **Critère** = énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis, permettant de satisfaire la référence ; dans l'exemple, la référence 11 est déclinée en 4 critères : par exemple : *la prise en charge des besoins spécifiques du patient en fin de vie est assurée.*

Les critères doivent pouvoir être mesurables, objectifs et réalisables mais ne sont pas exhaustifs : l'établissement peut avoir développé d'autres réponses pour atteindre l'objectif.

Les références sont cotées.

1 : ne satisfait pas à la référence - 2 : satisfait très partiellement - 3 : en grande partie - 4 : totalement ; certains critères sont définis comme "hautement souhaitables", exigibles à court terme.

Au total : 91 références dans le manuel et 304 critères à passer en revue.

Après l'élaboration de ce manuel d'accréditation, la procédure a été testée au sein de 40 établissements pilotes, dont le CHA.

## LA DÉMARCHE DU CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULÊME

Le Contrat d'Objectifs et de moyens a été signé avec l'ARH de Poitou-Charentes en février 1998 ; un des objectifs était le développement des démarches d'assurance qualité lui permettant de demander l'accréditation dès 1999.

Il était donc particulièrement intéressant pour le CHA de mener une première simulation de la démarche.

### DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE

#### L'AUTOÉVALUATION

Méthodologie retenue par le CH d'Angoulême :

Pas de sites pilotes mais une évaluation de l'ensemble des secteurs ; les référentiels ont été regroupés sous forme de questionnaires spécifiques à chaque secteur d'activité.

Ex : pour les services de soins principalement les référentiels du chapitre I (soit 80 questions), le CLIN le chapitre III, les services administratifs le chapitre II.

Diffusion des questionnaires à chaque service.

Préparation des réponses par les équipes : il s'agissait de répondre aux références et aux critères par oui ou par non, mais aussi de donner des éléments de preuve des affirmations (soit de montrer toutes les procédures écrites, soit simplement de détailler les réponses).

Tous les secteurs d'activité sauf le long séjour ont reçu ensuite la visite d'un ensemble de 3 personnes ayant subi une formation préalable, dans tous les cas un médecin, un soignant et un administratif ; face à ce trio, des représentants du service (le plus souvent un médecin, le cadre, une IDE, une AS) le questionnaire a alors été passé en revue dans son ensemble.

44 entretiens ont ainsi été réalisés en 2 semaines par un total de 34 personnes (17 PH, 10 cadres, 7 administratifs-logistiques).

Puis le petit groupe chargé de la synthèse (toujours pluridisciplinaire) a coté les référentiels en fonction des réponses données, d'abord service par service puis de façon globale pour l'hôpital ; le rapport final a été transmis à l'ANAES.

#### LA VISITE DES EXPERTS

5 personnes présentes sur le site pendant 5 jours :

1 médecin de clinique et attaché en CHU

1 infirmière générale de clinique, une surveillante chef d'hôpital

1 directeur de clinique et 1 directeur d'hôpital.

Leur mission était la suivante :

- Prise de connaissance préalable de l'autoévaluation.
- Découverte de l'établissement à partir des documents transmis et d'une visite générale.
- Rencontre avec certains services de leur choix : hémodialyse, cardiologie, pédiatrie, chirurgie, urgences ; ils ont passé en moyenne 1 heure dans chaque service, ont posé des questions aux médecins, au personnel et à des patients, ont pris connaissance des procédures écrites.
- Rencontre avec des responsables institutionnels et des chargés de dossiers : exemple DIM, CLIN, hémovigilance.

#### LE RAPPORT DES EXPERTS

Une restitution "à chaud" en fin de visite, faisant une synthèse sur les points forts et les axes d'amélioration, puis un rapport global 2 mois après la visite, présenté sous forme de cotation des références comme le rapport d'autoévaluation ; il n'y avait pas de décalage majeur entre l'autodiagnostic et le rapport de visite mais les experts ont beaucoup insisté sur l'importance des actions transversales et de l'évaluation.

### BILAN DE L'EXPÉRIMENTATION ANAES POUR LE CHA

Une implication forte à tous les niveaux, tant dans la préparation des entretiens que dans leur réalisation.

Une démarche transversale qui a favorisé la communication et a amélioré les relations humaines.

Une véritable mise en situation pour la future accréditation en temps réel.

#### L'ÉTAPE SUIVANTE

Mise en place d'une cellule accréditation qualité comprenant 4 personnes à temps plein :

un attaché de direction, un cadre infirmier supérieur, un animateur qualité et une secrétaire. Cette cellule travaillera en

collaboration avec un groupe de projet comprenant médecins, soignants et administratifs, mais aussi des groupes de travail avec des acteurs du terrain.

Objectifs :

- 1 - Repérage des axes prioritaires d'amélioration
- 2 - Plans d'actions visant à cette amélioration
- 3 - Évaluation à l'aide d'indicateurs de qualité

### CONCLUSION

La démarche qualité existe déjà au CH Angoulême ; l'expérimentation a suscité une forte motivation des équipes, qui continue à travailler : l'accréditation et la qualité sont l'affaire de tous.