

promouvoir une culture commune des responsables qui feront vivre les actions qualité sur le terrain.

Ainsi, se lancer dans une démarche qualité sans former un minimum de personnes impliquées serait un obstacle au bon déroulement de la démarche, une fois l'accréditation passée.

Il importe encore que l'établissement s'attache à impliquer de nombreux professionnels dans la démarche et ne limite pas la participation au seul cadre administratif, soignant et médical.

En effet, la très forte implication des soignants et des non-soignants ne doit pas faire oublier que toutes les catégories professionnelles, à leur niveau, participent à la satisfaction du patient et que leur participation active doit être favorisée.

Pour ce faire, à la Louvière, nous avons choisi de mettre en place un comité de pilotage (président du conseil d'administration, directeur administratif, président de la CME, président du CLIN, l'infirmière générale, trois cadres infirmiers, trois praticiens et le responsable qualité), sur qui s'appuient des groupes de travail appelés « équipes d'auto-évaluation », chaque équipe étant animée par un « responsable d'équipe », membre du comité de pilotage.

Même si souvent la composition des groupes de travail (comité de pilotage, référents qualité) se fait par cooptation, le caractère multiprofessionnel des équipes est insuffisant, d'où l'importance de ne pas omettre une représentation multicatégorielle.

Il conviendra à ce propos de ne pas oublier la participation des sous-traitants (restauration, linge, déchets, nettoyage).

L'accréditation ne doit donc pas être vécue comme une démarche d'individus ; c'est une démarche collective, de l'établissement et de ses structures.

Une démarche largement documentée

L'accréditation n'est qu'une étape. Celle d'une démarche qualité, qu'il convient de documenter. C'est pourquoi les documents attestant l'organisation et la dynamique engagées pour la gestion de la qualité doivent être formalisés.

En outre, une fois les procédures rédigées, il importe qu'elles ne soient pas considérées comme l'aboutissement d'un travail en vue de l'accréditation, mais, bien au contraire, comme un outil d'évaluation. Quant aux évaluations, rapports d'audit, comptes-rendus de réunions, résultats d'enquêtes de satisfaction, programmes d'activités, ils seront autant de documents qu'il faudra préparer pour la visite.

Dans ce contexte, bien documenter les actions menées, le calendrier des réunions et les comptes-rendus manifesteront, lors de la visite, la dynamique engagée par l'ensemble du personnel.

Le maître mot de la visite : la transparence

N'oublions pas que les experts-visiteurs sont des professionnels de la santé. Aussi la transparence dans

la réalisation de l'auto-évaluation est un atout majeur pour que l'outil « accréditation » soit un réel tremplin pour l'évolution de nos pratiques.

S'il importe de connaître ses points forts, il convient de travailler sur les points faibles et sur les moyens à mettre en place pour la prochaine visite d'accréditation. ■

Le rôle des experts et la visite d'accréditation

Les experts-visiteurs sont des professionnels hospitaliers en exercice recrutés par l'Anaes pour effectuer des visites d'accréditation selon les caractéristiques fixées par elle. Ils ne consacrent qu'une partie marginale de leur temps à ces visites, car ils gardent leur fonction de façon complète dans leur établissement d'origine.

Le choix des experts-visiteurs est effectué par la direction de l'accréditation de l'Anaes sur candidature. Il s'agit de professionnels de la santé :

- ayant plus de dix ans d'activité dans le domaine de la santé et appartenant à la famille administrative, soignante ou médicale ;
- ayant présenté une diversité de fonctions exercées à l'intérieur de l'établissement et, au moins, une expérience transversale dans le domaine de la qualité des soins ;
- ayant des qualités de rigueur, d'écoute, d'analyse et de communication ;
- ayant bénéficié d'une formation initiale par l'Anaes, sur les objectifs et la démarche de l'accréditation, sur l'analyse de l'auto-évaluation, acquis à l'amélioration continue de la qualité ;
- s'engageant à effectuer six visites en deux ans, de façon à acquérir une expérience.

Des incompatibilités ont été déterminées (région d'origine et de visite, exercice antérieur dans l'établissement visité...), de façon à être neutre vis-à-vis de l'établissement.

L'organisation de l'équipe d'experts visiteurs prévoit une représentation multidisciplinaire croisée sur deux plans, d'une part le statut juridique de l'établissement d'origine (public, PSPH, privé), d'autre part, le statut professionnel (médical, soignant, administratif). La composition de l'équipe est connue de l'établissement, qui peut récuser l'un des membres.

Quelles missions ont-ils ?

Le rôle des experts est d'apprécier la dynamique d'amélioration continue de la qualité et l'engagement de l'établissement dans la sécurité du malade, sous tous ses aspects.



Dominique Bertrand
Professeur, service de santé publique, hôpital Fernand-Widal, AP-HP

Michel Cloup
Professeur des universités, praticien hospitalier, expert-visiteur Anaes, groupe hospitalier Necker-Enfants malades



Les objectifs généraux se déclinent :

- connaissance de l'établissement (activité...) ;
- validation de l'auto-évaluation réalisée par l'établissement et de ses modalités de mise en œuvre ;
- constatation de l'organisation de l'établissement par les visites et par les rencontres, soit des personnels de l'hôpital, soit des « clients », patients ou associations d'usagers ou de médecins ;
- constatation des actions entreprises et des objectifs ultérieurs.

Comment se déroule la visite d'accréditation ?

Avant la visite, les experts-visiteurs ont à leur disposition : les documents de présentation de l'établissement et les résultats de l'auto-évaluation. L'établissement propose un planning de la visite, qui est discuté, confirmé par le coordonnateur. Les experts-visiteurs se réunissent la veille de la visite et envisagent en commun les impressions dégagées et se répartissent les tâches pour les jours suivants, c'est-à-dire qui fait quoi.

La visite commence par l'entretien avec la direction, le comité de pilotage de la qualité et une visite générale rapide de l'établissement pour prendre une connaissance organisationnelle des lieux.

La consultation des documents sur place est souvent placée dans la première journée et permet, d'une part, d'examiner les fiches types de sécurité générale de l'établissement et les remarques faites ou exigences demandées par les organismes agréés, d'autre part, le classement précis selon les référentiels, c'est-à-dire les éléments permettant d'étayer les réponses dans l'auto-évaluation.

Par la suite, une rencontre avec chaque groupe d'auto-évaluation, ayant traité un référentiel, permettant de dégager :

- les éléments forts,
- les éléments qui sont à améliorer,
- les projets réalisés et aboutis,
- les objectifs hiérarchisés dans le futur avec éventuellement une échéance,
- les outils d'évaluation avec leur utilisation.

À la suite de chacune de ces rencontres, les experts-visiteurs complètent par des visites, des rencontres avec des malades, des usagers, des personnels, des dossiers de patients, en fonction des besoins suscités par l'auto-évaluation.

Les visites peuvent être programmées ou impromptues...

Un temps de réflexion est souvent nécessaire pour rédiger les textes, les notes de synthèse, les comptes-rendus, car la densité et la rapidité de la visite favorisent, si ce n'est pas écrit, des imprécisions ultérieures. Les experts-visiteurs, lors de toutes les actions, vont habituellement par deux.

Chaque matin, une rencontre avec la direction fait le point de la journée et discute de l'organisation de la journée suivante. Cela permet de mettre à plat des interrogations ou d'ajuster des horaires ou des visites non prévues.

La visite peut être qualifiée ainsi :

- rigoureuse, liant l'analyse et la synthèse de l'ensemble des éléments trouvés. C'est peut-être dans le croisement d'informations corroborant l'auto-évaluation que le rôle des experts-visiteurs est le plus important ;
- sensible, car l'établissement a fait un effort considérable qui peut avoir été inachevé. Des remarques doivent à la fois être vécues positivement et éviter tout découragement ;
- partagée, car ce sont des professionnels et non des inspecteurs qui font la visite. Ils comprennent mieux les difficultés et les réponses trouvées car, dans leurs établissements, ils éprouvent les mêmes problèmes ;
- lourde, car le temps consacré est court et il est impossible de rencontrer l'ensemble du personnel et des équipes soignantes, risquant de faire naître des déceptions ;
- transparente, car les éléments, lors de la visite, sont présentés au directeur chaque matin, éventuellement aussi au directeur de l'Anaes si un élément grave, mettant en jeu le fonctionnement normal de l'établissement, était découvert mais aussi lors de la séance de restitution.

Qu'apporte la séance de restitution ?

À la fin d'un séjour qui a mobilisé entre 3 et 8 experts, pendant une durée de 3 à 5 jours (parfois répété pour les grands établissements), un moment crucial est celui de la restitution des experts, aux membres de l'établissement, de l'appréciation.

Cet instant privilégié implique tous les experts, qui dressent oralement une image fidèle de ce que le rapport reprendra par écrit, devant un auditoire souvent large (au minimum les membres ayant participé aux groupes d'auto-évaluation).

Cette présentation, non contradictoire, d'une durée de trente minutes à une heure, présente en suivant les référentiels les éléments positifs et ceux qui doivent être améliorés.

C'est un moment important pour l'établissement car ce n'est pas une fin mais, au contraire, un point d'étape permettant de continuer ou de réajuster une politique permanente centrée sur la qualité.

Comment est présenté le rapport ?

Tout d'abord l'objectif précise qu'il n'est qu'un document intermédiaire préparatoire au rapport d'accréditation.

C'est un bilan diagnostic de la situation et de la démarche qualité de l'établissement, conformément aux dix référentiels, en rappelant, au départ, la présentation de l'établissement, la démarche qualité et la procédure d'auto-évaluation.

Il tient compte de l'auto-évaluation mais est enrichi par toutes les informations collectées lors de la visite.

Il est transmis, au plus tard deux mois après la visite, à l'établissement qui fera ses observations.

La dernière étape est la transmission au collège d'accréditation qui prendra la décision finale. ■