



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2004 –

**LA DÉMARCHE D'ACCRÉDITATION DANS LES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
DANS SA VERSION 2 : UN LEVIER POUR LE
CHANGEMENT DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES**

– Groupe n° 6 –

- DEVILLERS Marie
- GALLET Anne
- HERAUT Jean
- IDEE Pierre-Jakez

- LACORDAIS Guillaume
- LE COCQ Morgane
- PESSEL Aurélie
- SENESCHAL Corinne
- SIMON Eric

Animateur

– *Franck Le Duff*

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA PREMIÈRE VERSION DE L'ACCRÉDITATION OU LA DIFFICULTÉ DE PÉRENNISER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ.....	3
1.1 L'ancrage du principe d'évaluation des pratiques professionnelles.....	3
1.1.1 Le patient au cœur du système qualité hospitalier	3
1.1.2 La volonté d'instaurer une véritable culture qualité à l'hôpital	4
1.2 Le bilan des évolutions des pratiques professionnelles dans les établissements de santé à l'issue de la version 1 est mitigé	5
1.2.1 Les critiques des professionnels relatives à la procédure	5
1.2.2 L'appropriation partielle de la dimension d'évaluation de la première accréditation	7
2 LA SECONDE VERSION DE L'ACCRÉDITATION VEUT FAIRE DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES UN LEVIER DE LA STRATÉGIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	9
2.1 L'évaluation des pratiques professionnelles doit permettre d'impulser une démarche d'amélioration continue du service médical rendu.....	9
2.1.1 Une évaluation par type de prise en charge du patient	9
2.1.2 Le renforcement de l'évaluation des activités cliniques	10
2.2 La politique des établissements de santé doit être guidée par l'objectif d'amélioration de la qualité du service médical rendu	12
2.2.1 L'évaluation de la qualité et des pratiques est placée au centre du processus de décision des établissements.....	12
2.2.2 La démarche d'amélioration continue de la qualité doit structurer l'organisation des établissements de santé	16

3	LA VERSION 2 DE L'ACCREDITATION DOIT S'ACCOMPAGNER DE LA VOLONTÉ DE FAIRE DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ UN OUTIL DE RÉGULATION DU SYSTEME DE SANTÉ	19
3.1	La généralisation de l'évaluation des pratiques impose une évolution culturelle au sein des établissements	19
3.1.1	Un contexte favorable au passage à une logique d'évaluation systématique des pratiques.....	19
3.1.2	L'accréditation ne peut investir tous les champs de l'évaluation des pratiques	20
3.1.3	Les exemples étrangers illustrent la nécessité de travailler sur le long terme	21
3.2	La portée de la procédure d'accréditation dans la politique de santé doit être clarifiée	22
3.2.1	La valorisation financière des résultats de l'accréditation est attendue.....	23
3.2.2	L'articulation de l'accréditation et des démarches qualité alternatives demeure ambiguë	25
	CONCLUSION	27
	BIBLIOGRAPHIE	29
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Remerciements

L'ensemble des membres du groupe n°6 du Module Interprofessionnel de Santé Publique tient à remercier :

Le Docteur Franck LE DUFF, animateur du groupe, pour la qualité et la proximité de son encadrement.

Tous les professionnels qui se sont montrés disponibles pour répondre à nos entretiens. Leurs interventions nous ont été précieuses pour la rédaction de ce rapport auquel elles ont apporté l'éclairage théorique et pratique nécessaire.

Les enseignants de l'Ecole Nationale de Santé Publique que nous avons rencontrés dans le cadre de ce travail et dont les conseils nous ont été très profitables.

Liste des sigles utilisés

AFAQ : Association Française pour l'Assurance de la Qualité
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMDP : Comités Médecins-Dentistes-Pharmaciens
COM : Contrats d'Objectifs et de Moyens
DIP : Droits et Information du Patient
DPA : Dossier du Patient
GFL : Gestion des Fonctions Logistiques
GRH : Gestion des Ressources Humaines
GSI : Gestion du Système d'Information
HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point
HAD : Hospitalisation à Domicile
HMO : Health Maintenance Organizations
ISO : International Standard Organisation
MEA : Management de l'Etablissement et des Secteurs d'Activité
OPC : Organisation de la Prise en Charge
PAQ : Programme d'Amélioration de la Qualité
QPR : Gestion de la Qualité et Prévention des Risques
RAQ : Référent sur l'Amélioration de la Qualité
RIQ Référent sur les Indicateurs Qualité
SLD : Soins de Longue Durée
SMR : Service Médical Rendu
SPI : Surveillance et Prévention du Risque Infectieux
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins Longue Durée
VST : Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle

INTRODUCTION

“V-2” : non, nous ne traiterons pas des missiles allemands tombant sur Londres à la fin de la seconde guerre mondiale. Cette abréviation désigne la “version deux” de l’accreditation que l’Agence Nationale d’Accreditation et d’Evaluation en Santé (ANAES) doit instamment mettre en œuvre. L’accreditation est une procédure indépendante d’évaluation externe des établissements de santé par des professionnels sur la base de référentiels concernant l’organisation, les procédures et les résultats en terme de gain de santé et de satisfaction du patient. Elle a pour but de promouvoir une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en incitant les établissements et les professionnels à s’emparer de cette thématique. Sur le plan méthodologique l’agence privilégie une gestion positive de l’erreur et une approche participative et pragmatique tenant compte de l’état de développement de la démarche qualité dans les établissements de santé.

L’émergence de la notion de qualité dans sa forme moderne a été soutenue par des avancées législatives et réglementaires successives. Les dispositions de la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, ont précédé plusieurs ordonnances aux innovations majeures. L’une d’entre elles - ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 - met l’accent sur le souci de garantir aux patients la qualité et la sécurité des soins. Cet objectif a justifié l’instauration d’une procédure d’accreditation. La première procédure a incontestablement favorisé une prise de conscience et l’apparition de démarches décloisonnantes et structurées d’amélioration de la qualité. Les enquêtes réalisées par l’ANAES auprès des professionnels de santé font apparaître un intérêt accru pour les démarches qualité suite à la visite d’accreditation. Paradoxalement, seulement 63% des personnes interrogées estiment que l’accreditation est porteuse de changements et 55% qu’elle est susceptible de modifier les pratiques¹.

Parallèlement à la nécessité de simplifier la procédure, le besoin s’est fait sentir de recentrer l’accreditation sur la qualité des activités de soins. L’ANAES travaille ainsi depuis 2001 sur l’introduction d’éléments relatifs à l’analyse du service médical rendu (SMR), qui doit devenir un élément structurant de la politique et de l’organisation des établissements de santé. L’épithète “médical” fait ici référence à toute activité de soins, réalisée par des médecins ou d’autres personnels soignants. L’objectif d’évaluation du service médical rendu s’appuie inévitablement sur l’évaluation des pratiques professionnelles déjà préconisée par la loi de 1991 et l’ordonnance de 1996 précitées. Il convient d’être vigilant sur l’utilisation des

¹ Dossier de presse ANAES, juin 2003, pp.8-9

termes, et de ne pas opérer un glissement sémantique trop rapide entre « évaluation des pratiques professionnelles » et « évaluation des pratiques médicales ». L'évaluation doit logiquement s'organiser sur la base d'indicateurs et de référentiels de pratiques d'une part, et sur la base d'une évaluation sur le terrain d'autre part. L'ANAES est d'ailleurs structurée autour d'une direction de l'accréditation et d'une direction de l'évaluation dont les activités vont, de fait, converger avec la seconde procédure d'accréditation. L'évaluation, et notamment l'évaluation des pratiques cliniques, est néanmoins encore largement perçue comme une remise en cause de la capacité professionnelle. Cette crainte tire en partie sa source d'un héritage culturel d'autonomie des médecins, des services et des établissements à l'égard desquels la procédure d'accréditation renforce désormais ses exigences.

Le calendrier de la seconde procédure d'accréditation est le suivant :

- Rédaction d'un nouveau manuel d'accréditation achevée en novembre 2003
- Conduite de trente-cinq visites expérimentales en avril et mai 2004 au sein d'établissements volontaires ayant achevé la première procédure
- Validation définitive du manuel de la seconde accréditation
- Début des premières visites en 2005

L'enjeu est donc fondamental et imminent : il s'agit de crédibiliser l'accréditation aux yeux du public et des professionnels en lui donnant l'objectif régulièrement réitéré, avec un succès jusqu'alors marginal, de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les nouvelles orientations ainsi déclinées vont-elles permettre d'assurer la mobilisation des professionnels de santé dans la procédure d'accréditation ? Des changements significatifs dans leurs pratiques seront-ils impulsés par la version 2 ? Favorisera-t-elle une réelle implication du corps médical dans la démarche d'amélioration continue de la qualité ?

Nous avons répondu à ces interrogations en articulant notre réflexion autour de trois axes :

- I- La première version de l'accréditation illustre la difficulté de pérenniser la démarche d'amélioration de la qualité
- II- La seconde version de l'accréditation veut faire de l'évaluation des pratiques professionnelles un levier de la stratégie des établissements de santé
- III- La seconde version de l'accréditation doit s'accompagner de la volonté de faire de l'évaluation de la qualité un outil de régulation du système de santé

1 LA PREMIÈRE VERSION DE L'ACCRÉDITATION OU LA DIFFICULTÉ DE PÉRENNISER LA DÉMARCHE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

A l'heure où la deuxième version de la procédure d'accréditation est lancée, il paraît nécessaire de dresser un bilan de la première version. Par l'évaluation des pratiques professionnelles, celle-ci semble avoir impulsé une véritable culture qualité à l'hôpital (1.1), mais elle présente aussi diverses limites (1.2).

1.1 L'ancrage du principe d'évaluation des pratiques professionnelles

L'amélioration continue de la qualité est devenue une exigence avec la mise en place de la procédure d'accréditation², dont l'objectif essentiel est d'assurer une prise en charge satisfaisante du patient (1.1.1). Cette innovation du système de santé français semble avoir permis aux professionnels de porter un nouveau regard sur leurs pratiques (1.1.2).

1.1.1 Le patient au cœur du système qualité hospitalier

La version 1 confère une place de choix au patient, qui se situe au cœur de la démarche. Ses attentes doivent être prises en compte dans l'évaluation pour favoriser l'amélioration continue de la confiance du public vis-à-vis du système de santé. En témoignent le contenu des référentiels Droits et Information du Patient (DIP), Dossier du Patient (DPA), et Organisation de la Prise en Charge³ (OPC). Les quatre référentiels suivants, c'est à dire Management de l'Etablissement et des Secteurs d'Activité (MEA), Gestion des Ressources Humaines (GRH), Gestion des Fonctions Logistiques (GFL), Gestion du Système d'Information (GSI), s'attachent au management et à la gestion au service du patient. La réflexion doit être menée au sein de chaque secteur d'activité. Par ailleurs, au travers des référentiels Gestion de la Qualité et Prévention des Risques (QPR), Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle (VST) et Surveillance et Prévention du Risque Infectieux (SPI), la procédure d'accréditation doit permettre d'améliorer la sécurité des soins afin de repérer et de prévenir les dysfonctionnements, les événements indésirables et les risques. Dans ce but, l'instauration d'une gestion documentaire efficace est prônée et la satisfaction du patient doit être mesurée.

² Voir annexe n°2

³ Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Actualisation juin 2003. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr>

L'accréditation se veut aussi un outil de communication auprès des usagers et de leurs familles. D'une part, la participation des représentants des usagers aux réflexions de l'ANAES et au sein des groupes de travail des établissements de santé est assurée. D'autre part, le rapport d'accréditation est publié sur Internet et est disponible auprès des établissements concernés. L'entretien mené auprès d'une Directrice de soins d'une clinique nous a d'ailleurs permis de noter l'importance de l'implication des associations d'usagers dans les groupes de travail.

1.1.2 La volonté d'instaurer une véritable culture qualité à l'hôpital

Le principal objectif de l'accréditation réside dans l'amélioration de la prise en charge du patient à l'hôpital grâce à l'institution d'une véritable « culture qualité » et d'une nouvelle manière de travailler des professionnels. En plus de favoriser le décloisonnement entre services ou entre grades, la procédure d'accréditation se veut être une démarche transversale et pluridisciplinaire permettant la promotion du mode participatif. Ainsi, elle permet la redéfinition des rôles et des responsabilités de chacun au sein de l'établissement. Elle a donc un impact sur les ressources humaines, notamment au travers d'une meilleure formalisation des fonctions, d'une redéfinition des tâches ou de formations à la qualité.

De plus, afin de mener à bien l'autoévaluation et surtout favoriser les changements, la participation des personnels des établissements à tous les stades de la démarche est requise. L'accréditation doit conduire les établissements à s'inscrire dans un processus cyclique alternant évaluation et plan d'actions d'amélioration de la qualité. Dans ce cadre, l'autoévaluation permet de mener un diagnostic qualité, de définir un programme d'actions et de le mettre en œuvre, de retracer les pratiques quotidiennes des professionnels, mais également d'amorcer une analyse critique du travail effectué par les agents. Elle aboutit donc à la formalisation des forces et faiblesses dans le fonctionnement de l'établissement.

L'aspect structurant de la procédure d'accréditation pour les professionnels a été évoqué lors du colloque de l'ANAES du 11 décembre 2003⁴. Elle s'appuie en effet sur une organisation et des méthodes qui ancrent les démarches qualité au sein des établissements. Selon une enquête conduite par l'ANAES en 2002 auprès de 900 professionnels, la démarche est génératrice de changement et permet la modification des pratiques

⁴ 2^{ème} Accréditation. Vers l'évaluation de la qualité du service médical rendu au patient. Colloque Anaes du 11 décembre 2003, Palais des Congrès de Paris. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr>

professionnelles. Le rapport d'activité 2003 du Collège de l'accréditation⁵ relève que les établissements commencent à être « inscrits dans une politique qualité et une gestion documentaire cohérentes ». Il semblerait donc que les professionnels aient intégré le principe de rédaction de protocoles / procédures / guides. L'évaluation des pratiques professionnelles qui en ressort doit permettre d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge. Les exemples les plus notables concernent le travail effectué par les établissements sur le dossier du patient, la prévention du risque infectieux et la confidentialité. Il s'agit des secteurs ayant fait l'objet de réserves le plus fréquemment. Les réserves constituent en pratique un outil de mobilisation du personnel et un véritable catalyseur des évolutions. Ainsi, la plupart des établissements ont créé des structures ou missions permanentes dans les domaines concernés par les réserves. Partant d'une réponse à l'obligation d'accréditation, les professionnels vivent donc l'implantation progressive d'une culture qualité permettant d'améliorer leurs pratiques au quotidien. Cependant il apparaît que cet objectif d'amélioration est partiellement atteint.

1.2 Le bilan des évolutions des pratiques professionnelles dans les établissements de santé à l'issue de la version 1 est mitigé

Malgré les avancées notables obtenues dans certains domaines, la procédure d'accréditation dans sa première itération n'a pas permis de répondre de façon optimale aux attentes des professionnels (1.2.1), lesquels ont donc eu des difficultés pour s'approprier pleinement la dimension d'évaluation des pratiques (1.2.2).

1.2.1 Les critiques des professionnels relatives à la procédure

Les établissements ont eu des difficultés à faire vivre la politique qualité souvent lancée à l'occasion de la première accréditation, et ce pour plusieurs raisons.

Nos interlocuteurs s'accordent à dire que la procédure est trop longue entre le début de l'autoévaluation et les conclusions définitives du Collège de l'accréditation. Ces délais rendent difficile le maintien de la motivation au sein des équipes. De plus, les retards ainsi pris n'ont pas permis à l'ANAES de respecter l'obligation d'accréditer l'ensemble des

⁵ Collège de l'Accréditation. *Rapport d'activité 2003*. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr>

établissements dans un délai de cinq ans⁶. La transformation des pratiques professionnelles opérée par la version 1 n'a donc pas été à la hauteur des ambitions des pouvoirs publics.

Certes les structures institutionnelles de la qualité ont souvent été mises en place, comme une direction qualité dans de nombreux centres hospitaliers, ou la création d'un poste d'ingénieur ou d'assistant qualité. Cependant, une fois passée la visite des experts-visiteurs, le personnel a en général le sentiment que la démarche est accomplie, voire que la qualité est un dossier achevé. D'où le regret de certains de nos interlocuteurs que la perspective de la deuxième accréditation ne soit pas envisagée dès la fin de la première, afin de maintenir présents les objectifs d'évaluation et de politique qualité. D'ailleurs, selon le Rapport d'activité 2003 du Collège de l'accréditation, les établissements qui s'engagent dans la version 2 ne répondent souvent que partiellement aux exigences du premier référentiel, particulièrement lorsque les lacunes soulignées lors de la première visite n'ont pas fait l'objet de réserves. Enfin, d'après plusieurs de nos interlocuteurs, les démarches qualité mises en œuvre restent très locales, liées à l'initiative d'un acteur ou d'un service.

En outre, de nombreux établissements accrédités ont eu le sentiment d'une iniquité dans les remarques qui leur étaient faites par le Collège à l'issue de la visite, et notamment d'un manque d'homogénéité des critiques formulées, ce qui crée parfois du découragement au sein des personnels. Ce défaut d'homogénéité des comptes-rendus est d'autant plus problématique que leur exploitation à des fins de comparaison et de classement des établissements est envisagée.

Sans valorisation des établissements inscrits dans la démarche il est également difficile de maintenir une dynamique de la démarche qualité. Certains gestionnaires regrettent ainsi que les résultats de la première accréditation ne soient couplés à aucune incitation financière ou budgétaire, source potentielle de motivation supplémentaire. De plus, ce sont essentiellement les aspects négatifs du fonctionnement de l'établissement accrédité qui ressortent du rapport du Collège d'accréditation, à travers les réserves et les recommandations. Cette manière de sanctionner la démarche paraît insuffisamment incitative pour les établissements. On constate en effet que les leviers du changement s'appuient surtout sur la mobilisation des acteurs de l'établissement autour des problèmes mis en lumière par les réserves, ce qui peut conduire à négliger les autres volets de la

⁶ Ainsi, selon le Rapport d'activité 2003 de l'ANAES au 31 mai 2003, seuls 26 % du parc hospitalier avait bénéficié d'une visite d'accréditation.

démarche qualité. La préparation de la visite ciblée est plus souvent génératrice de changements ponctuels que d'une évolution générale de la culture qualité.

Pour valoriser la démarche qualité, il aurait peut-être aussi fallu impliquer et informer davantage l'utilisateur. Nos interlocuteurs ont en effet souligné les limites de la version 1 en terme d'intégration des usagers dans la démarche. Ceux-ci n'ont souvent pas connaissance des enjeux liés à l'accréditation, quand bien même ils connaissent la signification de ce terme. En général, ils ignorent également que les résultats de cette procédure sont publiés, d'autant que les hôpitaux, n'ont souvent pas développé de plans de communication suite aux résultats de la version 1. C'est donc surtout par la presse, qui focalise sur les points négatifs, que l'accréditation pourrait jouer sur la réputation des établissements.

Enfin, la dynamique de la démarche qualité s'est heurtée à certaines contraintes auxquelles sont confrontés les établissements de santé. En effet, la démarche d'accréditation a parfois pu être ressentie comme redondante avec d'autres démarches qualité engagées par ailleurs, et qui correspondent à des obligations légales ou réglementaires (démarche HACCP, normes ISO). En ce sens, la version 1 ne semble pas être l'outil le plus mobilisateur ni le plus fédérateur pour modifier les pratiques professionnelles dans les centres hospitaliers. En outre, la mise en place de l'accord sur la réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé au 1^{er} janvier 2002 a rendu d'autant plus difficile la mobilisation des équipes sur les projets transversaux des démarches d'accréditation qu'elle a contraint fortement les organisations à se recentrer sur leur cœur de métier et à comprimer les temps de réunion et de formation.

Ces difficultés pour maintenir une dynamique qualité dans les établissements de santé ont ainsi pu être à la base d'un manque ou d'une baisse de motivation au sein des personnels, préjudiciables à un changement des pratiques professionnelles.

1.2.2 L'appropriation partielle de la dimension d'évaluation de la première accréditation

La fonction évaluation a été insuffisamment perçue comme un enjeu stratégique pour les établissements de santé lors de la première procédure d'accréditation, qu'il s'agisse de l'évaluation du management ou de l'évaluation du service médical rendu.

Les professionnels ont utilisé les référentiels et les critères pour homogénéiser les procédures plus que pour assurer la dynamique de leurs pratiques. Ainsi, le référentiel Management de l'Établissement et des Secteurs d'Activités a davantage servi à évaluer des

procédures de gestion administrative que la qualité du management elle-même, confondant donc qualité du management et de la gestion.

Comme pour l'évaluation des pratiques managériales, l'opportunité de traiter le thème de l'évaluation des pratiques médicales et soignantes n'a été que rarement saisie à l'occasion de la version 1, que ce soit par le corps de direction ou par le corps médical. Plusieurs éléments du premier manuel visaient pourtant l'évaluation de la qualité du SMR. A titre d'exemple, on peut citer certaines mentions du premier référentiel du manuel DIP relatives au rapport bénéfice-risque des actes diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des éléments du référentiel n°3 OPC qui contient des références s'intéressant au processus coordonné de prise en charge, à l'évaluation des pratiques professionnelles, aux indicateurs, ou encore à l'évaluation de l'utilisation des examens et des médicaments. Ces éléments ont été insuffisamment renseignés par les divers participants à la première procédure d'accréditation. Ce constat est notamment lié à :

- une sous-utilisation des éléments médicaux par les acteurs ;
- l'aspect progressif de la démarche qualité, au départ transversale pour faciliter sa diffusion ;
- l'implication souvent limitée des médecins dans la démarche d'accréditation, parfois parce qu'ils n'y sont pas incités ou par manque de temps. Ils se sont donc généralement peu appropriés les critères d'accréditation, d'autant plus que cette démarche reste souvent perçue comme « administrative ». Selon un cadre soignant supérieur rencontré, l'implication des médecins dans l'accréditation est très variable ; « elle dépend de leur culture, de leur investissement et de leur capacité à accepter de voir évaluer leurs pratiques professionnelles ».

La motivation des équipes à réformer leurs pratiques professionnelles en fonction des préconisations du référentiel de l'ANAES se révèle en définitive délicate et fragilise la pérennité de la dynamique qualité. La seconde version de l'accréditation se centre donc sur ce sujet précis de l'évaluation des pratiques professionnelles.

2 LA SECONDE VERSION DE L'ACCREDITATION VEUT FAIRE DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES UN LEVIER DE LA STRATÉGIE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Sans véritablement innover, le second manuel donne un sens nouveau à l'accréditation en réorganisant les références et en en créant d'autres. Un raccourci évocateur parle d'une "médicalisation" de l'accréditation (2.1). La démarche d'amélioration continue du SMR et l'évaluation des pratiques professionnelles doivent par ailleurs servir la stratégie des établissements de santé (2.2).

2.1 L'évaluation des pratiques professionnelles doit permettre d'impulser une démarche d'amélioration continue du service médical rendu

L'objectif prégnant d'amélioration du SMR a conduit à une refonte du manuel pour la version 2, introduisant une approche par type de prise en charge (2.1.1) et accentuant nettement la place de l'évaluation des activités cliniques dans la démarche (2.1.2).

2.1.1 Une évaluation par type de prise en charge du patient

Avec la version 2 de l'accréditation, les différents référentiels du premier manuel sont désormais directement liés à l'activité de soins du fait de leur regroupement au sein des six types de prise en charge distingués dans le référentiel n°3 "Prise en charge du patient" (Médecine-Chirurgie, Périnatalité, Hospitalisation à Domicile, Soins de Longue Durée, Soins de Suite et de Réadaptation, Psychiatrie et Santé Mentale). Le patient est ainsi placé au cœur de la démarche qualité.

Chaque type de prise en charge est analysé au travers de quatre thèmes : la "Déclinaison des orientations stratégiques", la "Qualité du management", le "Parcours du patient" et l'"Environnement du patient".

Le libellé des références, qui déterminent les objectifs, et celui des critères, éléments objectifs et mesurables, sont identiques au sein de chaque type de prise en charge. Les exigences spécifiques à chaque catégorie de prise en charge sont décrites dans des cartouches éclairant le sens de la référence ou du critère. Pour favoriser la globalité de la prise en charge, le nouveau manuel fait référence aux filières de soins en intégrant l'interface extrahospitalière avec les professionnels libéraux et les réseaux de santé (référence n°50).

Enfin, la sécurité dans toutes ses dimensions est une exigence naturelle des patients. C'est pourquoi la seconde version du manuel introduit des références d'accréditation sur les domaines clés de la prise en charge médicale en matière de risques, tel que cela ressort de l'analyse des décisions du Collège d'accréditation. En conséquence, les secteurs d'activité interventionnelle (référence n°47), le médicament (référence n°46) et les urgences (référence n°39) font l'objet de références spécifiques. L'impératif de sécurité implique plus largement la consolidation d'un système globalisé de prévention-gestion des risques au regard des exigences réglementaires ou des bonnes pratiques. Le guide méthodologique publié en janvier 2003 par l'ANAES sur le thème de la gestion des risques doit aider les établissements dans cette démarche qui est omniprésente dans la seconde version du manuel d'accréditation ; on la retrouve en effet dans une dizaine de références⁷.

Il nous a par ailleurs été confirmé lors des entretiens qu'entre la version expérimentale du manuel et celle qui est en cours de validation un recentrage sera opéré sur les thèmes de la prévention-gestion des risques, mais aussi sur le renforcement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

2.1.2 Le renforcement de l'évaluation des activités cliniques

Afin de souligner l'importance de l'évaluation pour la démarche d'amélioration continue de la qualité, les références portant sur ce thème ont été regroupées dans un même référentiel n°4 "Evaluations et Dynamiques d'Amélioration". Ce regroupement permet de faire la synthèse des actions menées pour analyser l'impact de ce qu'il faut appeler une politique de l'évaluation et la renforcer. Pour impulser la démarche qualité au cœur de l'activité des établissements, l'introduction du 4^e référentiel précise bien que : "*L'évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques dans les domaines cliniques [...] constitue l'une des priorités*". Dans ce cadre, la référence n°53 examine de nouveau l'évaluation des pratiques professionnelles des activités cliniques et médico-techniques.

Cette évaluation des activités cliniques doit s'organiser selon deux méthodes. D'une part, l'évaluation se fera par type de prise en charge pour permettre d'impliquer plus avant les médecins dans la démarche d'accréditation. D'autre part, dans un souci de rapprocher les équipes cliniques de leurs pratiques quotidiennes, l'évaluation concernera des

⁷ Voir annexe n°3 : références n°3, 17, 18, 20, 21, 22, 27, 34, 35 et 36.

pathologies principales au sein de chaque type de prise en charge (référence n°54). Le choix des pathologies évaluées relève de l'établissement, en concertation avec l'ANAES, en fonction notamment de leur fréquence, des facteurs de criticité, de l'existence de recommandations de bonnes pratiques, ou du niveau d'activité⁸. Le risque parfois évoqué de marginaliser les secteurs d'activités cliniques de l'établissement les moins concernés par l'accréditation est réel car la plupart des hôpitaux sont rentrés dans la démarche qualité de soins par l'accréditation. Néanmoins il ressort de nos entretiens que c'est un risque à prendre pour qu'ensuite les autres services s'emparent de l'exemple. Ce mode opératoire discriminant est également plus crédible au regard des moyens limités des cellules qualité qui assistent l'autoévaluation des services.

Cet objectif d'évaluation des pratiques repose sur plusieurs actions.

D'une part, l'évaluation doit s'appuyer sur le développement progressif du nombre de référentiels de spécialités et de recommandations de bonnes pratiques réalisés par les sociétés savantes avec l'appui méthodologique de l'ANAES. A cette fin, la Banque de Recommandations en Langue Française a été créée en 2004. Il a été rappelé au groupe que certains médecins s'évaluent déjà par rapport à ce type de documents issus des sociétés savantes, notamment dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Pourtant, cette évaluation et sa traçabilité sont rarement systématiques. L'impact de la seconde accréditation pourrait donc être plus ou moins important selon les catégories d'établissements.

D'autre part, l'ANAES entend faciliter la mise en place d'outils d'évaluation sur le terrain, en complément de l'audit clinique des experts-visiteurs permettant de valider l'autoévaluation. Ainsi, un guide relatif à l'évaluation des pratiques est en cours d'élaboration et doit être joint par l'Agence au second manuel dans sa version définitive. De plus, l'ANAES envisage de construire une base de données d'indicateurs médicaux validés par des professionnels ou à l'échelle internationale⁹. Certains professionnels ont évoqué les limites de cette démarche. Le choix des indicateurs est complexe et contraint à fixer des priorités hiérarchisées différemment selon les acteurs (professionnels du soin, usagers, direction). De plus, cette approche se focalise sur des observations mesurables et sur des principes, avec le risque de ne pas se préoccuper des données les plus importantes et concrètes. Par exemple, le principe de confidentialité impose le retrait des fiches d'information du lit du patient alors que celles-ci sont utiles en cas d'urgence. Il nous a semblé toutefois que ces

⁸ Pour chacune de ces pathologies l'accréditation appréciera la dynamique de l'évaluation des pratiques cliniques

⁹ Les établissements de santé pourront choisir et renseigner de façon volontaire certains de ces indicateurs. Ils feront l'objet d'une exploitation annuelle anonyme par l'ANAES avec un retour individuel pour l'établissement lui permettant d'étalonner ses résultats.

critiques n'invalident aucunement la démarche de l'ANAES. Les données issues des indicateurs ne seront en effet qu'un élément pouvant guider une décision. Toute anomalie que feront apparaître les indicateurs pourra aisément être justifiée par des raisons qualitatives, si elle peut l'être.

Il a été mentionné au cours de plusieurs de nos entretiens que l'évolution des pratiques professionnelles passera par une valorisation du travail des praticiens. La nouvelle procédure d'accréditation est ainsi une opportunité pour la direction de s'impliquer en terme de management afin de donner des axes de développement à l'établissement

2.2 La politique des établissements de santé doit être guidée par l'objectif d'amélioration de la qualité du service médical rendu

La version 2 de l'accréditation renforce la place de l'évaluation et de la qualité comme éléments stratégiques de la gestion des établissements de santé (2.2.1), ce qui impose des évolutions en terme d'organisation (2.2.2).

2.2.1 L'évaluation de la qualité et des pratiques est placée au centre du processus de décision des établissements

A) La place centrale de l'utilisateur dans la procédure d'accréditation est confortée

Le paradigme de la qualité place le patient au centre de la démarche d'accréditation. Lors du colloque du 11 décembre 2003 organisé par l'ANAES, il a été précisé que la deuxième procédure d'accréditation répond à une demande des pouvoirs publics, mais aussi des usagers. Suite à la première procédure d'accréditation, ceux-ci ont en effet souhaité être associés plus fortement à la démarche et ont demandé une meilleure lisibilité des résultats de l'accréditation, pour mieux apprécier la qualité du service médical rendu au patient.

Dans la version 2, la qualité du SMR est le cœur de l'évolution des référentiels et de la procédure. Son appréciation sera notamment renforcée par une participation accrue des usagers tout au long de la démarche d'accréditation, que ce soit pour l'élaboration des référentiels, la participation aux groupes d'autoévaluation les concernant et lors de la visite d'accréditation. Un établissement pilote envisage par exemple de mettre en place des consultations d'usagers et d'organiser une réunion pour présenter à leurs représentants les

résultats de l'évaluation du SMR. Plusieurs des professionnels rencontrés ont néanmoins souligné l'importance, mais aussi la difficulté, d'avoir comme interlocuteurs dans la démarche des représentants d'usagers et des usagers responsables, formés, représentatifs, et inscrits dans une perspective constructive.

Par la version 2, l'ANAES vise également à améliorer la pertinence et la lisibilité des résultats des procédures d'accréditation pour le patient. Pour atteindre cet objectif, la décision a été prise de réduire à quatre ans au plus l'intervalle entre deux procédures d'accréditation. Ce délai doit aussi permettre de faire de l'accréditation un élément de régulation par la qualité du système de santé. En outre, l'ANAES a décidé de modifier, pour le rendre plus compréhensible et plus discriminant, le barème de décision composé de quatre niveaux : l'accréditation, l'accréditation avec suivi, l'accréditation conditionnelle et la non-accréditation¹⁰. Enfin, l'information des usagers constituant un puissant levier de changement, puisqu'elle leur permet d'exercer leur liberté de choix, l'intégralité des rapports d'accréditation sera désormais disponible sur le site Internet de l'ANAES. L'agence envisage de faciliter la lisibilité de ces rapports par une différenciation des types de prise en charge, et par une valorisation des points forts.

B) La « Medical gouvernance »

Avec la version 2, l'évaluation de la qualité des soins et des pratiques professionnelles devra désormais être prise en compte par les dirigeants des établissements de santé dans leur processus de décision, pour déterminer les choix institutionnels et les axes stratégiques. Ainsi, l'évaluation des activités cliniques telle que décrite dans la version 2 vise à faire reposer les décisions sur le cœur de métier des établissements de santé, une dynamique que la version 1 n'avait pas été capable d'insuffler. Dans le monde anglo-saxon, cette approche est qualifiée de « medical gouvernance », un terme que l'ANAES a repris sans le traduire afin de ne stigmatiser aucune catégorie professionnelle. L'agence introduit cette approche au travers des différentes références portant sur la politique et le management et qui prônent l'utilisation des résultats des évaluations au niveau de l'établissement et pour chaque type de prise en charge.

Cette « medical gouvernance » souligne le rôle primordial et la nécessité de l'implication des différents responsables, notamment médicaux, dans la mise en œuvre des démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité. La version 2 nécessite donc une

¹⁰ Voir annexe n°2

remise en cause des modalités de dialogue entre médecins et direction, mais aussi une redéfinition de leurs modes de décision dans la logique de la nouvelle gouvernance. Cependant, selon un neurologue en CHU, la question est de savoir si les médecins vont vraiment avoir la volonté de s'impliquer dans une telle démarche, notamment en raison du manque de temps à consacrer à la formation ou à l'exercice de leurs nouvelles responsabilités. En outre, il ressort, du moins dans le discours, que les directeurs que nous avons rencontrés ne sont pas opposés à une implication plus importante des médecins dans la prise de décision et dans le management des hôpitaux. Il s'agit néanmoins pour eux d'une perte de pouvoir. Les cadres ne semblent pour leur part pas soulever d'objection à cette réorganisation managériale, qui peut toutefois entraîner leur repositionnement dans le processus de décision. Comme l'explique le secrétaire général d'un Centre de lutte contre le cancer, « le lien cadre / directeur de soins va certainement évoluer au profit de la relation cadre / chef de service. Cette évolution va ramener le cadre vers son service et l'alléger du poids qu'il portait en tant qu'interlocuteur unique de celui-ci ». Dans le cadre des pôles, le management serait alors réalisé par une équipe tricéphale : directeur, médecin, et cadre supérieur. Le management devient donc l'affaire de tous les responsables de l'établissement.

C) Le rôle essentiel du management par la qualité et de la qualité du management

Nous pouvons établir l'existence de deux liens entre démarche qualité et management.

Tout d'abord, les démarches qualité se présentent comme des démarches de management. Elles font appel à un corpus théorique organisé autour de la notion d'amélioration continue de la qualité, développé dans le document de l'ANAES « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité », publié en 2002. On peut alors parler de management par la qualité qui permet d'appuyer les évolutions des pratiques au sein des établissements.

Ensuite, on trouve au sein de la version 2 des références concernant la qualité du management. Le pouvoir de décision effectif ne peut s'exercer si l'ensemble des acteurs ayant une fonction d'encadrement -médical, soignant, administratif-, ne contribue pas activement à sa mise en œuvre, d'où le rôle essentiel de la qualité du management à tous les niveaux de responsabilité, gage de l'engagement collectif à la vie de l'établissement.

Dans le manuel de la version 2, cela se traduit par :

- un premier référentiel « Politique et qualité du management », qui concerne l'institution. La seconde partie de ce référentiel souligne notamment l'importance du leadership de la direction et des instances pour le développement de la qualité.

- un second référentiel relatif aux ressources transversales dans une approche systémique des processus entourant le processus de soins (ressources humaines, fonctions hôtelières, approvisionnement, environnement et infrastructures, systèmes d'information).

- les références « Qualité du management » du référentiel n°3 pour chacun des types de prise en charge, qui décrivent les missions des responsables de secteurs d'activité¹¹.

En pratique, il est important de savoir si les responsables impliqués sont formés pour répondre aux missions qui leur incombent dans le cadre de la version 2, en terme de management et de gestion de projets. Pour ce qui est des cadres, la plupart de nos interlocuteurs considèrent qu'il est plus facile de les associer que les médecins étant donné leur sensibilisation sur ces thématiques à l'Ecole des cadres. Au contraire, les médecins ne reçoivent que peu de formation au management et à la démarche qualité au cours de leur cursus initial et de leur carrière. De nombreux chefs de service se reposent donc sur les cadres pour ce qui est du management des équipes. Pour que les médecins acquièrent effectivement un rôle de manager tel que l'exige la version 2, il peut apparaître utile de les impliquer dans des formations continues qu'ils ne plébiscitent pas pour l'instant et qu'il faudrait donc rendre plus attractives. Cette attractivité semble d'autant plus nécessaire que « dans 98% des cas, les médecins ne connaissent pas encore la version 2 », si l'on en croit un directeur adjoint rencontré. Cependant, de son point de vue, le fait que les médecins soient rarement formés, « n'est pas fondamental ». En effet, « le niveau d'engagement qui leur est demandé est basé sur des choses concrètes : il s'agit plus de sociologie managériale que de gestion concrète, de ressources humaines ou financière. On voudrait qu'ils prennent en compte la dimension de management d'équipe, donc plus la dimension socio psychologique, que la dimension technique.»

Avec la version 2, se profile donc une évolution importante, qui consiste à faire de la qualité l'affaire de tous : d'abord celle du service, mais aussi celle de la direction, car la qualité engage l'institution et implique différents changements dans son organisation.

¹¹ Annexe n°3, références 28 à 33.

2.2.2 La démarche d'amélioration continue de la qualité doit structurer l'organisation des établissements de santé

Les démarches qualité au sein des établissements de santé étant institutionnalisées, la seconde procédure se centre sur les objectifs à atteindre, insistant moins sur les aspects organisationnels. Les résultats issus de la version 1 sont considérés comme acquis par les établissements, notamment par le management. Ainsi, la « courbe d'expériences » est prise en compte par l'ANAES. Lors de la visite de la version 2, les experts vérifieront l'application des décisions prises suite à la première visite. Pourtant les exigences de la version 2 sont implicitement lourdes d'implications structurelles pour les établissements.

A) L'approche ciblée de l'accréditation par type de prise en charge amène à favoriser une nouvelle organisation des activités cliniques

Le choix a été fait dans la deuxième version de maintenir d'une part une procédure d'accréditation transversale, et de décliner d'autre part certains référentiels par types de prise en charge. L'autoévaluation par types de prise en charge doit favoriser l'émergence d'une nouvelle organisation des activités cliniques. La nouvelle accréditation vise à systématiser cette autoévaluation. Il paraît cohérent que le découpage par secteurs d'activité envisagé pour la version 2 corrobore la notion de pôles d'activité prévue dans le cadre de la nouvelle gouvernance, dont la finalité est là aussi de s'organiser pour mieux répondre aux attentes des patients. Les deux approches sont en réalité complémentaires.

Ainsi, ces nouvelles organisations par pôles pourraient permettre de favoriser :

- la définition d'indicateurs d'activité par pôle (tableaux de bords, indicateurs de résultats...) pour un meilleur suivi et une évaluation pertinente. L'intégration d'indicateurs qualité tend d'ailleurs à se développer dans le cadre de la contractualisation interne avec les responsables de pôles.
- l'émergence d'une dynamique d'évaluation des pratiques (dynamiques qualité des pratiques médicales et soignantes : protocoles, reporting...), qui fait l'objet des références 53 et 54 du manuel expérimental de la version 2.
- l'introduction d'un management par type de prise en charge (notamment de la part des médecins) fondé sur la priorité donnée à la qualité

Il ressort logiquement de nos entretiens que la mise en place de la version 2 devrait être plus facile au sein des établissements dont l'organisation par pôles est plus avancée. A contrario, dans les établissements pour lesquels la dynamique de mise en place des pôles

n'est pas encore enclenchée, le lancement concomitant de la nouvelle gouvernance et de l'entrée dans la deuxième version de l'accréditation pourrait être un objectif ambitieux.

Un autre aspect déterminant de la version 2 en terme d'impact sur l'organisation du système de soins réside dans l'intégration dans le nouveau manuel de la dimension extrahospitalière de la prise en charge du patient¹². Cette orientation doit se traduire par l'accréditation des réseaux à terme, et par la participation à la seconde procédure d'accréditation des professionnels de santé extérieurs à l'établissement, notamment au moment de l'autoévaluation et du suivi de la démarche. Comme nous l'a précisé un directeur de la qualité, au-delà de la procédure d'accréditation, la prise en compte de cette dimension extrahospitalière est aujourd'hui un enjeu majeur pour les établissements. Il s'agit d'une part de répondre aux attentes des patients qui souhaitent bénéficier d'une prise en charge cohérente et continue, et d'autre part de satisfaire aux exigences des pouvoirs publics et des établissements eux-mêmes, qui cherchent à réduire leur durée de séjour (notamment sous l'effet de la tarification à l'activité), ce qui nécessite que le relais soit pris par les professionnels de ville.

Si l'intégration des réseaux dans la version 2 doit constituer une incitation forte pour les établissements, le risque existe cependant, souligné au cours des entretiens, de voir émerger des réseaux formels sans véritable contenu et sans réel apport en terme de qualité de la prise en charge. De plus, l'impact de cette évolution sera sans doute plus fort sur les hôpitaux locaux et les structures de petite taille, pour lesquels l'insertion dans des réseaux performants est désormais une nécessité. Un directeur dans un établissement pilote pour la version 2 nous a toutefois précisé que l'accréditation des réseaux est encore conditionnelle, essentiellement en raison de contraintes matérielles.

B) La pérennisation de la politique qualité passe par un renforcement des structures en charge de la qualité

Afin de pouvoir appliquer les dispositions prévues dans le cadre de la version 2, il serait nécessaire de renforcer ou de réactiver les structures qualité existantes, voire d'en développer de nouvelles, plus adaptées au contenu de cette nouvelle version.

Ainsi, le renforcement des structures existantes a souvent été présenté par nos interlocuteurs comme une nécessité, pouvant se traduire par une dotation accrue en terme de personnel ou encore par une réforme de leur fonctionnement. Par exemple, le besoin

¹² Voir annexe n°3, référence 50 du référentiel n°3, et références 1-c et 1-e du référentiel n°1.

d'intégrer un médecin dans la structure en charge de la démarche qualité a été souligné à plusieurs reprises, pour faciliter notamment la diffusion de la démarche au sein des services ou des pôles. La présence d'un médecin ne sera néanmoins pas suffisante et sera sans doute difficile à mettre en œuvre, surtout dans les établissements de petite taille.

Compte tenu des enjeux de la version 2, la seule structure qualité centralisée ne peut suffire, mais doit s'appuyer sur l'ensemble des personnels de l'établissement. Il faut donc que l'équipe chargée de la mise en œuvre de l'accréditation dispose de relais renforcés au sein des services, que ces relais soient médicaux ou soignants. À titre d'exemple, dans un des CHU contacté existent des RIQ (référents sur les indicateurs qualité) et des RAQ (référents sur l'amélioration de la qualité) dans chaque service. De plus, les cellules qualité, services d'hygiène, comités de pilotage, groupes de travail et PAQ (programmes d'amélioration de la qualité) existants pourront être remaniés pour satisfaire aux exigences de la version 2, sans toutefois nécessairement aboutir à la mise en place de structures totalement nouvelles.

Par ailleurs, certaines structures potentiellement utiles pour la poursuite de la démarche d'accréditation et dont l'utilisation a été limitée, voire inexistante dans certains établissements, devront sans doute être réactivées. On peut penser à cet égard aux comités de mortalité-morbidité permettant l'analyse des décès, dont le dynamisme est encore très variable selon les établissements, mais qui est régulièrement évoquée dans les entretiens comme un indicateur de structure simple illustrant une volonté de s'évaluer.

Même en l'absence d'obligation posée par le manuel expérimental, les dispositions qu'il contient imposent des changements d'approche, qui dans certains cas ne pourront se faire avec les seules structures existantes (cela dépend beaucoup de l'état d'avancement de la démarche et de sa structuration au moment de la version 1). Le développement de structures nouvelles pourrait dès lors s'avérer nécessaire. Ainsi, la perspective de mise en place dans les établissements de comités ad hoc d'évaluation des pratiques professionnelles, notamment médicales, peut être envisagée, à l'image de ce qui a été fait au Québec. Par ailleurs, le rattachement de la cellule ou de la direction qualité à la direction générale de l'établissement peut être perçu comme un signe fort.

Les changements profonds que la version 2 de l'accréditation veut impulser, notamment en matière d'évaluation des pratiques professionnelles, conduisent donc à repenser l'organisation générale des établissements. Mais une simple refonte structurelle ne saurait suffire à assurer le succès de la démarche, qui doit désormais reposer sur des fondements beaucoup plus larges.

3 LA VERSION 2 DE L'ACCREDITATION DOIT S'ACCOMPAGNER DE LA VOLONTÉ DE FAIRE DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ UN OUTIL DE RÉGULATION DU SYSTEME DE SANTÉ

La généralisation de l'évaluation des pratiques peut être un préalable à l'instauration d'une obligation de résultat. Elle suppose donc un changement culturel dans les établissements (3.1) qui doit être facilité par une clarification de la position de la procédure d'accréditation au sein de la politique de santé (3.2).

3.1 La généralisation de l'évaluation des pratiques impose une évolution culturelle au sein des établissements

En dépit d'un contexte propice à la systématisation de l'évaluation (3.1.1), les exemples étrangers nous enseignent qu'il s'agit d'un objectif de long terme (3.1.3). D'ailleurs, l'accréditation ne peut pas être le seul levier de changement en la matière (3.1.2).

3.1.1 Un contexte favorable au passage à une logique d'évaluation systématique des pratiques

Dans un contexte d'aggravation substantielle du déficit de l'assurance maladie, plusieurs éléments indiquent qu'une logique d'évaluation systématique pourrait progressivement se substituer à une logique de structure qui caractérise encore le fonctionnement de certains établissements de santé, notamment publics.

Il faut en premier lieu signaler que la promotion d'une culture de l'écrit par la démarche qualité permet une diffusion de l'évaluation des pratiques professionnelles. Le fonctionnement en réseau de certaines prises en charge (périnatalité, oncologie, hémodialyse), permet de coordonner l'action des professionnels. Ces derniers sont ainsi incités à formaliser leurs méthodes et leurs organisations. Ils procèdent plus aisément à l'analyse collective du résultat de leur production. Selon le même schéma, la protocolisation des procédures de soins favorise la diffusion du principe d'évaluation médicale. Le patient bénéficie en définitive de plus de transparence et de lisibilité concernant sa prise en charge.

Parallèlement, les professionnels libéraux ont la possibilité depuis 1999 de se faire évaluer par des pairs, formés par l'ANAES en lien avec les URML. Cette formule fut d'abord

perçue comme une remise en cause des pratiques médicales pour ensuite être adoptée par les praticiens. Une adaptation de cette évaluation dans les établissements de santé semble donc crédible. En dépit des difficultés rencontrées, la volonté de développer la formation continue procède de la même nécessité d'actualiser les compétences des praticiens.

Enfin, la reconnaissance des praticiens en tant que « producteurs de soins de qualité » doit permettre de les sécuriser dans un contexte de juridicisation de leur relation avec les patients. L'amélioration de la transparence du système de santé, la participation accrue du patient à la décision concernant ses soins et l'instauration d'institutions de dialogue, telle la Commission des relations avec les usagers et de la qualité des soins, n'ont pas limité la crainte des recherches judiciaires de responsabilité. Ce contexte peut amener les praticiens à recourir aux guides des bonnes pratiques. Il est également probable que la reconnaissance de la démarche qualité par des structures extérieures, et notamment l'ANAES, facilite les négociations des professionnels et des établissements avec leurs assureurs. La Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle prévoit déjà de modérer ses tarifs pour les établissements s'impliquant dans des projets qualité-gestion des risques qu'elle assiste sur le plan méthodologique.

3.1.2 L'accréditation ne peut investir tous les champs de l'évaluation des pratiques

L'évaluation de la qualification et de la compétence des professionnels est une nécessité pour pouvoir garantir que leurs pratiques tendent à assurer des soins de qualité. Le second référentiel du manuel, notamment dans la référence n°12¹³, questionne donc le maintien des compétences par les formations et l'adéquation du personnel avec les besoins de l'établissement. La prise en compte des compétences des professionnels dépasse cependant le champ de l'accréditation. Un système de validation des compétences et un système d'habilitation à pratiquer certains actes sont tout d'abord à construire. Ensuite l'évaluation portant sur l'opportunité des hospitalisations et des actes relève notamment des missions des médecins-conseils et éventuellement des ordres professionnels dans leur dimension disciplinaire. Enfin la sensibilité du sujet de l'évaluation des pratiques médicales et l'existence de plusieurs options possibles font ressortir le caractère ambitieux du nouveau manuel, d'autant que, sur le plan méthodologique, le médecin fait de l'évaluation dans sa pratique quotidienne, sans systématiquement la formaliser. Il semble d'ailleurs que les experts-visiteurs ne soient pas toujours perçus comme de véritables pairs par nos interlocuteurs, en raison notamment de leur "formatage" par l'ANAES et de leur cursus

¹³ Voir annexe n°3.

parfois extrahospitalier. Dans ce contexte, les caractères pédagogiques et incitatifs de l'accréditation atteignent peut-être leurs limites. Pour un neurologue que nous avons rencontré, des références telles la référence n°34 "Les professionnels prennent en compte le risque lié aux soins" peuvent être perçues comme « vexatoires » au regard de l'investissement quotidien des professionnels.

Consciente du caractère insuffisant de l'accréditation pour impulser une généralisation de l'évaluation, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit ainsi la création d'une Haute Autorité de Santé se substituant à l'ANAES, et qui est chargée d'une mission générale d'évaluation à la fois des produits, des pratiques, et de la certification des établissements.

3.1.3 Les exemples étrangers illustrent la nécessité de travailler sur le long terme

L'analyse des expériences menées depuis plusieurs années à l'étranger dans le domaine de l'évaluation permet de tracer des perspectives en matière d'amélioration des pratiques professionnelles. Aux Etats-Unis comme au Canada, on est peu à peu passé (au bout de trois versions de l'agrément¹⁴ au Québec notamment) d'une logique de résultats à une logique de moyens. Dans ces deux pays, il est accepté comme principe que la qualité résulte d'une quête incessante, qu'elle est davantage un processus qu'un résultat, l'établissement pouvant toujours faire mieux qu'il ne le fait.

Pour obtenir un changement des pratiques professionnelles, le Conseil Québécois d'Agrément s'appuie de façon très importante sur les personnels. Les effets de cette mobilisation se traduisent par un processus d'innovation favorisant une plus grande efficacité du fonctionnement de l'établissement. L'institution peut également compter sur les informations des équipes visiteuses qui évaluent les processus, les résultats ainsi que les forces et faiblesses des structures, et font des propositions d'amélioration. L'accent est mis sur des objectifs précis, sur des pratiques professionnelles sérieuses, à l'exemple des processus évalués au Québec par les Comités Médecins-Dentistes-Pharmaciens (CMDP). Ceux-ci supervisent les actions d'évaluation menées par des sous-comités sur des pratiques déterminées au sein de l'hôpital. Chaque sous-comité procède par étapes : de la rédaction d'un projet d'étude avec le choix d'un sujet d'investigation, à la définition d'une question précise pour répondre à l'objet posé au départ, et à l'élaboration d'un rapport d'études ayant trait à une ou plusieurs pratiques professionnelles. Le sous-comité analyse ensuite les résultats du rapport et formule le cas échéant des recommandations validées par le Comité de validation et le CMDP. Une étude-contrôle est planifiée six mois à un an après la mise en

¹⁴ Au Québec, la procédure d'agrément correspond à la procédure d'accréditation française.

place des recommandations. Pour être agréé, un établissement québécois doit bien ou très bien maîtriser 75 % des processus applicables. Un processus est considéré comme maîtrisé lorsque l'établissement satisfait trois des quatre normes utilisées pour évaluer la qualité des processus.

Aux Etats-Unis, dans le cadre des HMO (Health Maintenance Organizations), il existe depuis plusieurs années des outils d'encadrement des pratiques professionnelles. Le système se caractérise par un nombre important d'évaluations. A l'aide de fichiers standardisés complets (Diagnosis related groups : groupes de diagnostics associés, créés dans les années soixante par l'Université de Yale), on évalue la performance des établissements et services (accréditation obligatoire) pour justifier les dysfonctionnements, les coûts, les séjours, la morbidité et les traitements. Comme au Québec, la culture de résultat s'estompe. En atteste l'abandon récent par l'administration fédérale de la publication des taux de mortalité par hôpital pour les prises en charge du programme Medicare. L'administration préfère désormais pondérer ces éléments avec des indicateurs de qualité de vie et de satisfaction. De plus, la conception première fondant une équation simpliste « structure conforme = soins de bonne qualité » a été abandonnée depuis l'adoption en 1986 d'un « Agenda for Change » visant à garantir un effort continu dans le changement des pratiques professionnelles. L'accréditation est désormais subordonnée à la mise en place d'un programme centré sur les aspects cruciaux des soins, des droits et besoins des patients. L'accent est mis sur la construction d'indicateurs cliniques significatifs permettant la comparaison des résultats dans toutes les disciplines, y compris à l'échelon national.

L'observation de ces modèles nous fournit donc plusieurs pistes de réflexion dont la France pourrait s'inspirer. Elle nous enseigne aussi que faire évoluer les pratiques professionnelles est un travail de longue haleine. et qu'il faut respecter plusieurs étapes avant de parvenir à un résultat satisfaisant .

3.2 La portée de la procédure d'accréditation dans la politique de santé doit être clarifiée

Pour servir l'objectif ambitieux d'évaluation des pratiques et d'amélioration du SMR, les résultats de l'accréditation pourraient être couplés à des incitations financières facilitant le changement (3.2.1). Une clarification des liens entre l'accréditation et les autres démarches qualité paraît pertinente (3.2.2).

3.2.1 La valorisation financière des résultats de l'accréditation est attendue

Le terme « accréditation » se trouve de plus en plus associé à la notion de coût. Ce phénomène s'observe au travers des débats sur le coût de la non-qualité, de la discussion autour de l'utilisation des résultats de l'accréditation dans les négociations budgétaires, et il est amplifié par la tarification à l'activité qui intensifie le contexte concurrentiel.

La recherche de qualité se présente tout d'abord comme un investissement. L'ANAES rappelle les dimensions économiques de la qualité, qui est coûteuse au départ (mobilisation des acteurs, réforme des organisations) mais qui peut rapporter à long terme. Les gains obtenus, difficilement mesurables, peuvent être financiers ou revêtir une autre forme, comme l'amélioration de l'état de santé de la population ou de la satisfaction des acteurs. En revanche, il ne fait pas de doute que la non-qualité a un coût financier élevé, notamment au travers de mauvaises interfaces ou des redondances d'examens. Comme le précise Alain Coulomb, Directeur de l'ANAES, le coût de la qualité, à chaque fois qu'il a été mesuré, a été évalué à 1%, contre une fourchette de 10 à 15% pour la non-qualité¹⁵. A long terme, la mise en place de démarches d'amélioration de la qualité et d'évaluation des pratiques professionnelles doit permettre de résorber les coûts de la non-qualité.

Des interrogations se posent aujourd'hui sur l'opportunité d'utiliser les résultats de l'accréditation lors des négociations budgétaires au sein d'un établissement de santé d'une part, et entre l'établissement et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) d'autre part. Selon notre interlocuteur à l'ANAES, l'agence tente actuellement de faire du rapport d'accréditation un support aux décisions des autorités de tutelle dans le cadre de l'allocation des ressources aux établissements. Il pourrait être envisagé d'utiliser les Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM) comme outil de cette régulation, en incluant les résultats de l'accréditation dans le volet qualité qu'ils contiennent réglementairement. Dans cette perspective, la synchronisation des démarches d'accréditation et de négociation du COM peut sembler pertinente. L'accréditation apparaît alors comme un outil de priorisation des financements à prévoir par l'établissement et la tutelle. Cette démarche est d'ores et déjà utilisée par certaines autorités de tutelle régionales, comme par exemple dans la région Limousin. Comme l'explique d'ailleurs Alain Coulomb, « si la démarche d'accréditation n'est pas valorisée, si on ne lie pas la reconnaissance à l'action, le soufflet inexorablement retombera »¹⁶.

¹⁵ Colloque du 11 décembre 2003 de l'ANAES, p.74

¹⁶ Colloque du 11 décembre 2003 de l'ANAES, p.4

Pourtant les réponses de nos interlocuteurs sont parfois réservées sur la pertinence d'un lien qualité-budget, en raison des incertitudes concernant les modalités de ce lien. Ainsi, les établissements seront-ils incités à faire de la qualité par une allocation de ressources supplémentaires pour ceux qui s'inscrivent de façon satisfaisante dans la démarche, ou bien sanctionnera-t-on les poches de non-qualité par une diminution des financements ? Si l'ANAES semble actuellement plus favorable à la première option¹⁷, les professionnels craignent que la seconde ne soit privilégiée à terme alors qu'elle présente des risques d'effets pervers sur la prise en charge du patient. D'ailleurs le préalable à tout lien entre accréditation et financement est que l'évaluation soit incontestable, ce qui ne semble pas encore être toujours le cas. Notre groupe en est arrivé à la conclusion que l'incitation financière de la démarche qualité est nécessaire à court terme. Néanmoins elle devrait sans doute se résorber progressivement car la démarche qualité, source d'efficacité, doit permettre de dégager des marges de manœuvre permettant de valoriser la qualité par des ressources déployées en interne.

Enfin la démarche qualité-gestion des risques, dont participe l'accréditation, se révèle être complémentaire de la réforme financière qui introduit la tarification à l'activité au sein du système hospitalier. En effet, dans un contexte plus concurrentiel, le niveau d'accréditation d'une structure influencera certainement à terme sa notoriété, et donc potentiellement son volume d'activité ainsi que le niveau de ses recettes. Ceci est d'autant plus vrai que le ministre Philippe Douste-Blazy a annoncé la publication dès 2005 d'un classement des hôpitaux par le ministère de la Santé, en partenariat avec l'ANAES et reposant sur « une panoplie d'indicateurs de performances »¹⁸.

En outre, la tarification à l'activité amène à une certaine normalisation des prises en charge au travers notamment d'un encadrement de la durée moyenne de séjour ou du tarif attribué pour chaque pathologie. La tarification à l'activité sera donc source de gains pour les établissements s'ils optimisent leurs ressources (humaines, matérielles, organisationnelles). Cette optimisation pourra être obtenue grâce à la logique qualité, comme l'a fait remarquer un de nos interlocuteurs. Les enjeux financiers amèneront ainsi les acteurs, même les plus réticents, à intégrer progressivement la dimension qualité dans leurs pratiques professionnelles. En Grande-Bretagne, l'obligation des hôpitaux de passer des contrats avec des acheteurs de soins privés fait de la qualité un critère marketing relatif.

¹⁷ Selon Catherine Rumeau-Pichon, de l'ANAES : « la valorisation de la qualité n'est pas la pénalisation de la non qualité », Colloque ANAES du 11 décembre 2003, p.42

¹⁸ Le Quotidien du médecin, Vendredi 28 mai 2004, n° 7549, p.3

Enfin, la démarche d'accréditation apparaît comme une garantie face aux risques potentiels portés par la tarification à l'activité, à savoir la sélection des patients ou une diminution de la qualité de prise en charge du fait d'une baisse des coûts.

3.2.2 L'articulation de l'accréditation et des démarches qualité alternatives demeure ambiguë

La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par celui de « certification ». Ce changement de terminologie passe pour certains professionnels interrogés pour une simple erreur, tandis que d'autres y voient une évolution lourde de sens. Le représentant de l'ANAES affirme qu'il s'agit d'un glissement sémantique sans signification, sur lequel l'ANAES essaie de revenir. Le terme « certification » a l'avantage d'être plus lisible pour le grand public. Selon le cadre infirmier supérieur d'un CHU, ce changement est néanmoins dommageable en terme de communication à l'égard des agents qui risquent d'être perturbés dans la mesure où une distinction entre accréditation et certification leur avait été présentée. Le groupe a eu des difficultés à imaginer qu'il s'agisse d'un hasard malheureux. Ce changement peut être interprété comme un signal politique fort, mais sans doute prématuré au regard des raisons que nous venons d'évoquer. La confusion qui en résulte laisse penser à un directeur adjoint de CHU que la loi de financement de la sécurité sociale ou la loi de modernisation administrative pourrait revenir au terme d'accréditation.

Ce débat a le mérite de poser la question de l'articulation entre accréditation et certification ISO, actuellement examinée par l'ANAES. Pour un directeur d'hôpital, le passage à la certification témoigne d'un rapprochement entre la démarche d'accréditation obligatoire et opérée par des professionnels de la santé, et celle de certification, qui est facultative et réalisée par des professionnels de l'audit. Les activités certifiées des établissements seront, avec la version 2, dispensées de toute démarche complémentaire dans le cadre de l'accréditation. L'ANAES a d'ailleurs signé un accord avec les organismes agréés, telle l'AFAQ qui délivre des certifications. Selon un directeur adjoint de CHU, il est probable que les missions de l'ANAES se recentrent à l'avenir sur le soin, en raison de ses ressources limitées. Les autres services, qui présentent un caractère "industriel", entreraient dans une logique de certification : services techniques, logistiques, mais également informatiques.

Concernant les hôpitaux locaux, l'idée existe dans la version 2 d'une synchronisation des démarches des différents référentiels type Angélique ou Accréditation, les USLD soulevant la question d'une redondance éventuelle. Est également envisagée la mise en

place d'une accréditation spécifique au champ médico-social, avec un souci de cohérence avec la convention tripartite.

Plus généralement, la nouvelle terminologie implique une démarche plus orientée vers les résultats que vers les moyens. La certification répond à une logique binaire : on est certifié ou on ne l'est pas. Pour le secrétaire général d'un Centre de lutte contre le cancer, le glissement vers la certification signifie "la mort de l'ANAES" dans sa forme actuelle. Les établissements entreraient désormais dans une relation acheteur / fournisseur de soins. Le système n'évoluera pas par le contingentement mais par le fait que certains établissements ne répondront plus aux normes qualité imposées. En complément de la tarification à l'activité, la certification permettrait d'accélérer la recomposition de l'offre de soins sur le territoire sanitaire au travers du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Pour un responsable qualité rencontré, le lien avec les tutelles devrait plutôt apparaître dans la redistribution des SROS que dans une prime financière à l'accréditation. Certains professionnels craignent que l'utilisation par l'ARH des rapports de l'ANAES devienne un prétexte pour mener une politique préalablement déterminée. Si une telle vision paraît actuellement infondée, les pouvoirs publics devront sans doute un jour réfléchir à la manière de lier la qualité des soins, la sécurité sanitaire et le régime des autorisations.

CONCLUSION

En définitive ce travail nous a conduit collectivement à certaines conclusions, mais également à des interrogations tenant à l'ambition de la seconde version de l'accréditation. Dans la logique des réformes actuelles, cette seconde itération traduit un durcissement des exigences à l'égard des établissements et des professionnels de santé. Les enjeux qui l'entourent illustrent le fait que nous sommes sans doute à un point de rupture dans le fonctionnement du système de santé, qui pourrait se reconstruire sur de nouvelles bases.

Le caractère bénéfique de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la démarche d'accréditation au service de la qualité dans les établissements n'est plus à démontrer. Comme l'illustre la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la volonté des pouvoirs publics semble réelle de vouloir réguler un système de santé en crise par le truchement de la démarche qualité et de l'évaluation, en réalité complémentaires des réformes financières et de la planification. Il ressort de nos entretiens que la qualité doit permettre à la fois de résoudre le malaise des professions de santé en valorisant leur travail, d'améliorer la gestion en médicalisant le management et les organisations, et d'accroître la productivité des établissements.

Le caractère stratégique de l'évaluation des pratiques professionnelles sort renforcé du nouveau manuel d'accréditation et contraint les établissements de santé à relever le défi que pose la qualité dans toutes ses dimensions. Le management par la qualité auquel invite explicitement l'ANAES est une opportunité à saisir. Cette remarque vaut notamment pour le secteur public qui devra sans doute adapter plus rapidement son organisation, sous la forme de pôles et de filières, aux besoins sanitaires du territoire et de la région. Corrélativement, le manuel incite médecins et gestionnaires à se saisir collectivement du thème de la qualité, y compris pour faire valoir l'intérêt de l'établissement sur celui du service. A défaut, les établissements risquent de se décrédibiliser aux yeux des tutelles et des patients. L'enjeu est substantiel car, à l'instar de la tarification à l'activité, la démarche qualité interroge les performances des établissements indépendamment de leur statut et de leur mode de gestion.

Il nous faut également souligner l'importance du facteur temps dans l'objectif de pérennisation de la démarche qualité. La volonté de mettre en œuvre une évaluation des pratiques professionnelles est un moyen indispensable d'impliquer plus avant les professions de santé. Il s'agit d'une révolution culturelle qui sera achevée à longue échéance. L'accréditation s'appuie toujours sur une pédagogie incitative et une gestion positive de l'erreur. Elle évite donc de stigmatiser les médecins, même s'il nous a semblé que ce risque peut survenir en pratique, ce qui serait certainement contre-productif. Il

paraît néanmoins logique que son niveau d'exigence soit une fonction positive de la durée de vie de la démarche qualité. La pérennisation de la démarche pourra s'accompagner d'un volet coercitif à l'égard des professionnels et des établissements récalcitrants, d'abord en terme budgétaire, puis plus tard en terme de planification.

La démarche impulsée pose aussi des questions importantes :

- Comment garantir les caractères homogène et incontestable de l'évaluation ? Les conclusions des rapports de la première procédure d'accréditation ont conduit à des résultats parfois ressentis comme inéquitables, à la fois entre établissements mais aussi au regard de la situation objective de l'établissement telle qu'elle apparaissait suite à l'autoévaluation. Le Collège, instance de validation des résultats, devrait donc désormais recevoir les propositions des experts. Cette réforme paraît minimale au regard de la volonté de lier des enjeux financiers ou de planification à une accréditation impartiale.

- A quel point la seconde version de l'accréditation sera-t-elle opérationnelle et permettra-t-elle d'aider les établissements à développer un plan d'amélioration continue de la qualité ? Nécessaire, l'ambition de la seconde version est néanmoins apparue au groupe parfois éloignée de la réalité hospitalière. Il a d'ailleurs été porté à notre connaissance que certains établissements, ayant brillamment répondu aux exigences de la première accréditation, ont connu des déconvenues lors de l'expérimentation du nouveau manuel.

- A quel moment la logique de transparence transforme-t-elle l'évaluation en contrôle ? Initiée dans le secteur industriel, la démarche qualité ne doit pas minimiser la "spécificité" de la production du soin. L'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation conduisent de fait à une réduction de l'autonomie des arts médical et managérial. La question du degré de liberté des établissements dépendra notamment de leur capacité à relever le défi de la qualité tel que le pose la seconde version de l'accréditation.

En dépit de ces questionnements, gageons avec Madame MANCILLA, cadre de santé à la Clinique Mutualiste de Lyon, que les professionnels aujourd'hui « ne se préoccupent pas de l'évaluation. Tout naturellement dans leurs actions quotidiennes ils développent des actions qualité. Pour eux l'accréditation a été un premier spectre dont ils sont venus à bout, la deuxième ne leur fait pas peur »¹⁹.

¹⁹ Colloque du 11 décembre 2003 de l'ANAES, p.24

Bibliographie

OUVRAGES :

- GIRAUD A. *Evaluation médicale des soins hospitaliers*. Economica, octobre 1992. 226 p. Collection Santé Publique.

REVUES :

- K. PIGANEAU. « Les hôpitaux classés en 2005. Les professionnels tombent des nues ». *Le Quotidien du médecin*, 28 mai 2004, n° 7549, p.3.
- N. HALGAND. « L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement ». *Revue française de gestion*, novembre – décembre 2003, n°147, pp.219-231.
- A. TACHON-CORREAS. « Accréditation et démarche d'évaluation ». *Gestion hospitalière*, novembre 2003, n°430, pp. 675-679.
- O. OBRECHT, C. BRUNEAU, C. LACHENAYE-LLANAS. « Rendre compte de la qualité du service médical rendu au patient : l'enjeu de la seconde procédure d'accréditation ». *Gestion hospitalière*, août - septembre 2003, n°428, pp. 517-520.
- C. LACHENAYE-LLANAS, R. CAILLET, C. CAODURO, J-F. QUARANTA. « Management, évaluation des pratiques et accréditation : de l'actuel au futur ». *Gestion hospitalière*, août - septembre 2003, n°428, pp.513-516.
- J-F QUARANTA, C. CAODURO, P. BONEF, R. CAILLET. « Sécurité et qualité des soins : les enseignements du rapport d'accréditation 2003 du Collège d'accréditation ». *Revue hospitalière de France*, juillet – août 2003, n° 493, pp. 60-66.
- C. BRUNEAU, O. OBRECHT, C. LACHENAYE-LLANAS. « Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès des professionnels de santé ». *Gestion Hospitalière*, janvier 2003, n° 422, pp. 13-17.

- Docteur V. DAUCOURT, Docteur P. MICHEL. « L'accréditation passée au crible des 100 premiers compte-rendus publiés par l'ANAES ». *Gestion Hospitalière*, avril 2002, n°411, pp 235-243.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Loi constitutionnelle n°96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financements de la Sécurité Sociale.
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

GUIDES METHODOLOGIQUES :

- DIRECTION DE L'ACCREDITATION. *Manuel d'accréditation pour les établissements de santé*. Actualisation juin 2003.
- DIRECTION DE L'ACCREDITATION. *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation, un guide pratique*. Paris : ANAES, décembre 2002.
- DIRECTION DE L'ACCREDITATION. *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*. Paris : ANAES, avril 2002.
- DIRECTION DE L'ACCREDITATION. *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. Paris : ANAES, juillet 2000.

RAPPORT :

- Collège de l'accréditation. *Rapport d'activité 2003*. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr>

COMPTE-RENDU DE COLLOQUE :

- Colloque ANAES. 2^e *Accréditation, Vers l'évaluation de la qualité du service médical rendu au patient*, Palais des Congrès, Paris, 11 décembre 2003.

SITES INTERNET :

- Site de l'ANAES : <http://www.anaes.fr>
- Site de la FHF : <http://www.fhf.fr>
- Site légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Site du Ministère de la santé : <http://www.sante.gouv.fr>

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Fiche méthodologique

ANNEXE 2 : Les étapes de la procédure d'accréditation : de la version 1 à la version 2

ANNEXE 3 : Table des références du manuel d'accréditation version 2 expérimentale (novembre 2003)

ANNEXE 4 : Grille d'entretien

ANNEXE 5 : Entretiens réalisés

5.1 : Entretien n°1

5.2 : Entretien n°2

5.3 : Entretien n°3

5.4 : Entretien n°4

5.5 : Entretien n°5

5.6 : Entretien n°6

5.7 : Entretien n°7

5.8 : Entretien n°8

5.9 : Entretien n°9

5.10 : Entretien n°10

5.11 : Entretien n°11

5.12 : Entretien n°12

5.13 : Entretien n°13

ANNEXE 6 : Dossier de presse ANAES « Accréditation : bilan et nouvelles orientations » (juin 2003)

ANNEXE 1

FICHE METHODOLOGIQUE

La démarche méthodologique que nous avons adoptée se décompose en plusieurs étapes :

1. Une recherche bibliographique préalable aux deux semaines de MIP.

Cette recherche s'est notamment appuyée sur les ressources documentaires de l'ENSP et de l'ANAES, qui a eu la gentillesse de nous faire parvenir certains de ses comptes rendus de colloques et études, ainsi que sur la consultation de sites Internet. Pour faciliter la communication de ces documents et la communication entre les membres du MIP, un e-groupe consacré exclusivement à notre commande a été créé.

Une mise en commun des ressources documentaires et des connaissances personnelles de chacun a par ailleurs été effectuée dès le premier jour du module.

2. Le choix des différents acteurs à contacter.

Le groupe a choisi de bénéficier des points de vue et des compétences d'un vaste panel de professionnels ayant un lien avec la démarche d'accréditation, que ce soient des décideurs nationaux (au sein de l'ANAES par exemple) ou locaux (médecins, directeurs d'hôpital, cadres de santé, secrétaire général d'un Centre de lutte contre le cancer, etc). Le choix a également été fait de prendre contact avec des professionnels extérieurs aux établissements publics de santé, comme l'attestent les contacts avec un cabinet de conseils en qualité ou avec une clinique privée. Pour autant, ce choix ne prétend pas être exhaustif, en raison notamment des délais qui nous ont été accordés pour effectuer ce travail.

3. L'élaboration d'une grille d'entretien par le groupe.

Cette grille a été construite le second jour du M.I.P, à partir de notre problématique et de nos recherches bibliographiques, et avec la participation de notre animateur Franck LE DUFF, qui a orienté nos débats et émis des propositions. Le choix s'est porté sur des questions ouvertes et semi-ouvertes, afin que les personnes enquêtées soient libres d'approfondir leurs réponses. Les questions se sont voulues précises, pour être comprises de la même façon par les enquêtés, et neutres. Après avoir été organisée autour de quatre thèmes, cette grille a été éprouvée auprès de nos interlocuteurs.

4. La conduite des entretiens.

Après avoir contacté les différents interlocuteurs pressentis et pris rendez-vous avec eux pour un entretien (lorsque c'était possible), nous nous sommes répartis ces entretiens entre nous. Pour chaque professionnel interviewé, deux « enquêteurs » ont réalisé un entretien unique, mené le plus possible en interfiliarité (une personne missionnée dans chaque filière). Dans la majorité des cas, nous nous sommes rendus directement auprès des professionnels. Lorsque cela n'a pas été possible, nous avons procédé à des entretiens téléphoniques ou nous nous sommes servis de courriel. Les entretiens oraux ont duré en général entre trente et soixante minutes, et ils ont été soit enregistrés, soit retranscrits par prise de notes. A l'issue de chaque entretien, un compte-rendu écrit a été établi sur notre support informatique et un retour oral a été effectué. Nous avons retenu les éléments les plus pertinents en nous efforçant de les présenter de manière synthétique. Les entretiens ont par ailleurs été anonymisés conformément à la volonté de nos interlocuteurs.

5. La rédaction du rapport final.

Après l'élaboration du plan du rapport, visant à permettre l'intégration de nos entretiens la plus large possible, la rédaction du rapport final s'est faite collégalement, les membres du groupe étant chargés de rédiger chacune des parties (en binôme ou par trois) ou de réaliser un travail déterminé (par exemple segmentation et distribution des tâches formelles: mise en page, annexes, résumé, etc). Les entretiens ont été analysés, et les principaux points de vue (concordants ou opposés) de nos interlocuteurs ont été dégagés pour mieux être intégrés au corps du texte. Etant donné la contrainte de longueur du rapport, tous les points de vue n'ont pu être présentés, d'où notre choix de faire figurer l'ensemble des entretiens anonymisés en annexe. Des rencontres régulières de mise en commun des travaux ainsi qu'une validation collégiale ont assuré la cohérence de l'ensemble du texte. Les corrections ont été réalisées suivant le même modèle : relecture par tous les membres du groupe de travail afin d'homogénéiser l'ensemble.

Nous avons choisi de manière unanime d'axer le travail sur les aspects pratiques liés à la version 2 de l'accréditation, lesquels constituent le cœur véritable du sujet. Cette circonstance justifie le renvoi en annexes de certains aspects techniques ou historiques relatifs à la version 1.

ANNEXE 2 : ÉVOLUTION DES ÉTAPES DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION :
DE LA VERSION 1 À LA VERSION 2

Étapes de la procédure	Éléments communs aux deux versions	Innovations de la version 2
L'entrée dans la procédure	Engagement à <u>l'initiative du directeur</u> de l'établissement sur la base d'une demande écrite adressée à l'Anaes, accompagnée d'un dossier d'engagement décrivant les activités, l'organisation générale et la stratégie qualité de la structure.	
Le contrat d'accréditation	Etabli par le <u>chef de projet de l'Anaes</u> , chargé du suivi de la procédure d'accréditation de l'établissement jusqu'à sa conclusion, ce contrat rappelle les engagements des deux parties.	
L'auto-évaluation	Phase effectuée par l'établissement sur la base <u>des référentiels élaborés par l'Agence</u> et dont les résultats sont transmis à l'Anaes.	Un <u>nombre de référentiels plus restreint</u> pour simplifier le déroulement de cette étape.
La visite d'accréditation	Intervention d'une <u>équipe d'expert-visiteurs</u> , sur site, qui rédige un rapport s'appuyant sur les résultats de l'auto-évaluation.	Le <u>raccourcissement des délais de production des rapports d'accréditation</u> par le regroupement de la phase d'observation(s) au rapport des experts avec celle des contestations au rapport d'accréditation.
Le rapport des expert-visiteurs	Rapport <u>transmis à l'établissement</u> pour observation(s).	
Les conclusions du Collège de l'accréditation	Suite à la communication du rapport des experts et des éventuelles observations de l'établissement à son sujet, le Collège <u>examine le déroulement de la procédure, valide le rapport d'accréditation</u> qui comporte des recommandations, <u>fixe les modalités de suivi et arrête le délai</u> au bout duquel une <u>nouvelle procédure</u> devra être engagée.	<u>L'appréciation de la qualité méthodologique d'une démarche</u> , qui relevait du champ de compétence du Collège, relève désormais de la compétence du <u>directeur général de l'Anaes</u> . Cette évolution confirme <u>le rôle du Collège sur l'appréciation de la qualité des résultats des procédures d'accréditation</u> , d'une part, celui de l'agence dans l'accompagnement méthodologique des établissements de santé, d'autre part.

Appréciations et modalités de suivi de la procédure	Version 1	Version 2
Niveau 1	<u>Sans recommandations</u> : Le Collège de l'accréditation encourage l'établissement à poursuivre la dynamique engagée en perspective d'une nouvelle procédure d'accréditation dans cinq ans.	<u>Accréditation</u> : Dans ce cas, la durée de principe est fixée à quatre ans avant une nouvelle visite d'accréditation. Des axes d'amélioration peuvent toutefois être formulés auprès de l'établissement.
Niveau 2	<u>Avec recommandations</u> : L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la prochaine procédure d'accréditation.	<u>Accréditation avec suivi</u> : Ce suivi, portant sur des points identifiés par le Collège, conduit à la production, à un terme fixé par ce dernier, d'un rapport de suivi établi par l'établissement.
Niveau 3	<u>Avec réserves</u> : L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés par la (ou les) réserve(s) dans un délai fixé par le Collège de l'accréditation.	<u>Accréditation conditionnelle</u> : Avec prescription d'une visite ciblée sur des points particuliers identifiés à un terme fixé par le Collège, et inférieur à quatre ans.
Niveau 4	<u>Avec réserves majeures</u> : L'établissement de santé doit apporter des solutions à la (ou les) réserve(s) majeure(s) lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation	<u>Non-accréditation</u> : Ce dernier niveau s'appliquera pour des dysfonctionnements concernant l'ensemble de l'établissement. L'application de ce niveau de décision conduira à mettre en place un accompagnement de l'établissement lui permettant de reprogrammer une nouvelle procédure d'accréditation.

ANNEXE 3 : TABLE DES REFERENCES

Manuel d'Accréditation des Etablissements de Santé

Deuxième Version (expérimentale)

Novembre 2003

Référentiel 1 : Politique et qualité du management

A- Politique

Référence 1

L'établissement dispose d'orientations stratégiques pour la prise en charge et la promotion de la santé du patient

Référence 2

Les orientations stratégiques accordent une place primordiale à la participation du patient et de son entourage

Référence 3

L'établissement a défini une politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques

Référence 4

Une politique du dossier du patient est définie collectivement pour l'ensemble des secteurs d'activité

B- Qualité du management

Référence 5

La direction et les instances prévoient les évolutions en y associant les acteurs concernés

Référence 6

La direction et les instances organisent les missions et les activités de l'établissement en favorisant la prise de responsabilité des acteurs

Référence 7

La direction et les instances décident des actions à mettre en œuvre en impliquant les acteurs concernés

Référence 8

La direction et les instances motivent les acteurs en favorisant leur adhésion et leur implication

Référence 9

La direction et les instances favorisent le développement d'une culture de l'évaluation des procédures et des résultats, impliquant les acteurs

Référentiel 2 : Ressources transversales

A- Ressources humaines

Référence 10

La stratégie des ressources humaines traduit les valeurs, les missions et la politique de l'établissement de santé

Référence 11

Les personnels sont associés à la définition et au suivi de la stratégie des ressources humaines

Référence 12

La maîtrise des processus de la gestion des ressources humaines est assurée

B- Fonctions hôtelières et approvisionnements

Référence 13

Les fonctions hôtelières sont adaptées aux besoins et aux attentes du patient et/ou de son entourage

Référence 14

Les fonctions hôtelières, assurées par l'établissement ou externalisées, sont organisées pour assurer la maîtrise de la qualité et de la sécurité des prestations

Référence 15

La maîtrise des approvisionnements est assurée

C- Organisation de la qualité et de la gestion des risques

Référence 16

Un programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques permet la mise en œuvre de la politique de l'établissement

Référence 17

La gestion des risques est organisée

Référence 18

Un dispositif de veille sanitaire est opérationnel

Référence 19

La maîtrise des documents principaux est organisée

D- Environnement et infrastructures

Référence 20

Le risque infectieux lié aux dispositifs médicaux est maîtrisé

Référence 21

Le risque lié à l'environnement, hors dispositifs médicaux, est maîtrisé

Référence 22

La sécurité et la maintenance des infrastructures et des équipements sont assurées

Référence 23

La sécurité des biens et des personnes est assurée

E- Système d'information

Référence 24

Le système d'information contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité, et aide à la définition, au suivi, et à l'évaluation des projets de l'établissement

Référence 25

L'administration des données est organisée dans l'établissement

Référence 26

Une identification fiable et unique du patient permet d'assurer la continuité des soins

Référence 27

La sécurité du système d'information est assurée

Référentiel 3 : Prise en charge du patient

A- Déclinaison des orientations stratégiques

Référence 28

Les projets des secteurs d'activité traduisent les orientations stratégiques et les priorités de l'établissement

B- Qualité du management

Référence 29

Les responsables des secteurs d'activité prévoient les évolutions de leur activité en y associant les acteurs concernés

Référence 30

Les responsables des secteurs d'activité organisent les missions et les activités de leur secteur en favorisant la prise de responsabilité des acteurs

Référence 31

Les responsables des secteurs d'activité décident des actions à mettre à œuvre en impliquant les acteurs concernés

Référence 32

Les responsables des secteurs d'activité motivent leur équipe en favorisant son adhésion et son implication

Référence 33

Les responsables des secteurs d'activité favorisent le développement d'une culture de l'évaluation des méthodes et des résultats impliquant les acteurs

C- Environnement du patient

Référence 34

Les professionnels prennent en compte le risque lié aux soins

Référence 35

Les professionnels assurent la sécurité d'emploi des produits de santé en concertation avec les responsables des vigilances

Références 36

Un programme de surveillance et de prévention du risque infectieux, adapté au patient, et aux activités à risque identifiées, est en place

D- Parcours du patient

Référence 37

Les droits et la dignité du patient sont respectés

Référence 38

L'accueil du patient et de son entourage est organisé

Référence 39

La prise en charge du patient se présentant pour une urgence est organisée

Référence 40

L'évaluation initiale de l'état de santé du patient donne lieu à un projet thérapeutique personnalisé, ajusté tout au long de sa prise en charge

Référence 41

Le patient est informé de son état de santé et est partie prenante de sa prise en charge

Référence 42

La douleur est évaluée et prise en charge

Référence 43

La continuité des soins est assurée

Référence 44

La traçabilité des actes et la transmission, en temps opportun, des informations, repose sur une organisation adaptée du dossier du patient

Référence 45

Le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activité cliniques

Référence 46

Les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation entre les professionnels de la pharmacie et les professionnels des secteurs d'activité clinique

Référence 47

Le fonctionnement des secteurs d'activité interventionnelle fait l'objet d'une organisation formalisée, élaborée par les professionnels concernés, validée par les instances de l'établissement et connue de tous

Référence 48

Les activités de rééducation et de soutien sont coordonnées par les professionnels concernés, en lien avec ceux des secteurs d'activité clinique

Référence 49

L'éducation du patient sur son état de santé, son traitement et les questions de santé publique le concernant est assurée

Référence 50

La continuité des soins après la sortie est planifiée et coordonnée avec le patient et son entourage ainsi qu'avec les professionnels intervenant en aval

Référence 51

Les soins palliatifs font l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle en relation avec le médecin traitant et l'entourage

Référence 52

Le décès fait l'objet d'un accompagnement

Référentiel 4 : Evaluations et dynamiques d'amélioration

A- Pratiques professionnelles

Référence 53

Les pratiques professionnelles des secteurs d'activité cliniques et médico-techniques sont évaluées

Référence 54

La prise en charge des pathologies et des problèmes principaux fait l'objet d'une évaluation

B- Ressources humaines

Référence 55

Une évaluation de la stratégie des ressources humaines est mise en œuvre

Référence 56

La satisfaction des professionnels de l'établissement est évaluée et prise en compte

C- Système d'information

Référence 57

Le système d'information répond aux besoins des utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue

D- Qualité et prévention des risques

Référence 58

La mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est évaluée

E- Politique

Référence 59

La satisfaction du patient et de son entourage est évaluée

Référence 60

Les relations avec les correspondants externes de l'établissement sont évaluées

Référence 61

La mise en œuvre des orientations stratégiques de l'établissement est évaluée et analysée

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTRETIEN

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Nous sommes un groupe de dix personnes élèves directeurs des hôpitaux et des établissements sanitaires et sociaux, en formation à l'Ecole nationale de la santé publique, à Rennes. Dans le cadre d'un travail en inter-filiarité, nous devons réaliser un travail de synthèse sur la deuxième version de la procédure d'accréditation.

L'objectif principal de cette étude consiste à déterminer en quoi la deuxième version de la procédure d'accréditation peut-elle être un outil pour amorcer un changement des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Pour répondre à cet objectif, nous avons divisé notre questionnaire en différents thèmes spécifiques.

Les entretiens réalisés seront anonymes. Si vous nous y autorisez, l'établissement sera cité et nous prendrons des notes.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?

(Les directeurs et les cadres sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

Pour conclure, remercier nos interlocuteurs et leur proposer notre document de synthèse.

ANNEXE 5.1

ENTRETIEN N° 1

Directeur Qualité d'un CH

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Peut-être ! Si des moyens en temps et ou en reconnaissance sont accordés aux praticiens auxquels on demande toujours plus avec de moins en moins de moyens et de valorisation ! La démarche d'évaluation est une démarche naturelle pour un médecin et toute décision médicale passe par une évaluation préalable. Le médecin fait de l'évaluation informelle tous les jours. Ce qui manque c'est du temps pour formaliser et tracer tout cela !

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Le Centre Hospitalier fait partie des établissements participant à l'anticipation de la nouvelle gouvernance, dont le projet d'ordonnance prévoit, outre la mise en place de pôles d'activité, la mise en place d'un conseil exécutif composé paritairement de représentants du corps médical et de la direction. Cette nouvelle instance sera inévitablement associée à la mise en œuvre de la nouvelle procédure d'accréditation.

Il n'existe pas au CH de conseil exécutif conforme en tous points au projet d'ordonnance, mais un Bureau-Médico-administratif (BURMA) réunissant toutes les semaines le directeur et les médecins administrateurs. C'est notamment sous l'impulsion du BURMA qu'un audit interne du bloc opératoire a eu lieu en 2004. La méthode, les résultats et les recommandations de cet audit ont fait l'objet d'un suivi régulier par le BURMA. Enfin, le CHC s'est doté d'un comité de pilotage Qualité-accréditation se réunissant environ quatre fois par an pour faire valider les orientations de la politique qualité. Sa composition associe des représentants médicaux et soignants ainsi que des représentants de l'administration.

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Le CH partage avec un autre Centre Hospitalier un médecin membre à part entière de l'équipe qualité. Son recrutement, en septembre 2003, a été réalisé dans la perspective de l'évaluation des pratiques professionnelles, et en particulier médicales. Elle accompagne par conséquent les médecins de l'établissement dans cette démarche d'évaluation des pratiques.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

En dehors du cadre strictement posé par le nouveau manuel d'accréditation, le Centre Hospitalier a mis en place dans le courant de l'année 2003 une contractualisation interne par service portant sur des indicateurs qualité. Ces contrats prévoient en particulier que tous les services s'engagent à évaluer chaque année un certain nombre de procédures internes en rapport avec leurs pratiques.

Tous les services sont donc concernés, y compris les services administratifs et techniques, pour lesquels les contrats ne sont pas encore établis, mais devraient l'être d'ici la fin de l'année 2004.

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ? (Les directeurs et les cadres soignants sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Les relations sont certainement assez ouvertes et il n'y aura probablement pas trop de résistance de la part des cadres soignants ou des directeurs. Mais encore va-t-il falloir intéresser les médecins à ces nouvelles responsabilités. Certains y trouveront sans doute un intérêt à condition d'être détachés de leurs obligations cliniques.

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Cf question n°5. Aucune formation à ce jour des médecins au management au Centre Hospitalier.

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Les résultats très encourageants de la première accréditation ont sans doute contribué à revaloriser l'image de l'hôpital aux yeux des usagers. Il n'en demeure pas moins que les usagers s'adressent pour beaucoup à un médecin avant de s'adresser à un établissement. Il existera donc toujours sans doute une dimension importante au niveau de l'accueil et de l'accompagnement des malades qui échappera à toute démarche d'évaluation de type procédure d'accréditation.

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

Ces exigences faisaient déjà partie de la première version du manuel d'accréditation ?
Les praticiens du CH ont été largement sensibilisés à cette approche que les experts visiteurs V1 ont formulé en recommandation à l'établissement .La progression dans ce domaine fait l'objet d'un suivi particulier par le médecin du service Qualité et d'une mesure à travers l'évaluation annuelle du dossier patient.

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Un certain nombre de spécialités médicales sont déjà bien organisées en réseaux (périnatalité, cancérologie, diabétologie). Il s'agit en effet d'un enjeu majeur à relever, d'une part pour répondre aux attentes des patients qui souhaitent bénéficier d'une prise en charge cohérente et continue, et d'autre part des pouvoirs publics et des établissements qui cherchent à réduire leur durée de séjour (notamment sous l'effet de la T2A), ce qui nécessite que le relais soit pris par les professionnels de ville.

Quant à l'impact de la V2 ?

Dans cette organisation en réseau, une grande place est donnée à l'évaluation des pratiques puisque les concertations pluridisciplinaires étudient les dossiers difficiles et tracent les décisions consensuelles qui font ensuite l'objet d'une évaluation collégiale.

<u>Thème 4</u> : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

C'est à espérer ! Elle permettra sans doute au corps médical de formaliser davantage sa pratique en la valorisant.

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Dans la mesure où les établissements sont désormais financés en fonction du volume de l'activité médicale produite, il semblerait logique que la qualité des soins dispensés puisse également entrer en ligne de compte dans le système d'allocation de ressources.

Le contrat de bon usage dans le domaine du médicament que les établissements vont être amenés à signer avec les ARH afin de bénéficier d'un remboursement à 100% des médicaments coûteux est un premier pas dans ce domaine, un premier lien entre l'allocation des ressources et la qualité des soins.

D'autre part, le projet de texte sur la nouvelle gouvernance prévoit que les établissements engagent des procédures de contractualisation interne qui portent notamment sur des indicateurs de qualité. La logique voudrait que ces données alimentent également la contractualisation externe avec les ARH.

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

Je n'avais pas noté de changement !

Il est peut-être lié à un rapprochement entre les deux démarches d'accréditation, obligatoire pour tous les établissements de santé, et celle de certification dans laquelle un nombre croissant d'établissements s'engagent.

En effet, l'ANAES a signé un accord avec les organismes agréés pour délivrer des certifications (ex : AFAQ). Les établissements certifiés pour certaines de leurs activités seront « dispensés » de toute démarche complémentaire dans ces secteurs pour répondre aux exigences de l'accréditation.

Plus généralement, ce changement de terminologie implique probablement une démarche plus orientée vers le contrôle de la mise en place d'un système de management de la qualité que ne l'était la première version de la procédure d'accréditation, peut-être plus axée sur les résultats.

ANNEXE 5.2
ENTRETIEN N°2

Directrice qualité d'un CH

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Le manuel ne peut que nous aider. Ca doit partir de la direction, mais la V2 est axée sur le SMR. Les médecins se sont bien investis dans la V2, même s'ils ont jugé que le langage du manuel (V2 expérimentale) était très « ANAESien ».

Ca a été le cas pour les quatre pathologies testées :

- Médecine-chirurgie : 3 Chefs de service (AVC, occlusion intestinale, infarctus du myocarde) ;
- Périnatalité : la vice-Présidente de la CME (menace d'accouchement prématuré).

Ils étaient partants (y ont vu l'occasion de regarder les pratiques) et en tirent aujourd'hui un bilan positif mais ont parfois mal vécu la mise à jour de certaines lacunes (traçabilité du consentement éclairé notamment) lors de l'auto-évaluation.

Les médecins étaient globalement satisfaits de s'être prêtés à cette expérimentation, considérant qu'il s'agit d'une bonne préparation pour le passage de la V1 à la V2.

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Au sein de la direction et du corps médical, les acteurs sont d'accord sur la nécessité de réaliser les changements. Par exemple, le Président de la CME et la Vice-présidente partagent le constat qui a conduit à une réserve sur les urgences.

Il y a dans l'établissement une Commission qualité et gestion des risques qui est informée régulièrement et suit les évolutions.

Il n'a pas été jugé utile de créer d'instance supplémentaire pour la préparation de la V2.

Fin 2004, la composition du Comité de Direction sera revue pour y associer à parité médecins et Directeurs (ce sera le cas pour trois réunions sur quatre). L'accréditation et la qualité relèveront de sa compétence, ce qui sera un moyen de suivre les évolutions.

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

C'est difficile à envisager sans moyen supplémentaire (en terme de créations de postes ou de moyens budgétaires).

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Il n'y a pas eu de remarque négative de la part des médecins lors de l'annonce des spécialités cliniques choisies. Le Président de la CME a d'emblée assumé le choix des pathologies retenues pour la V2.

En ce qui concerne la vraie visite de la V2, des incertitudes persistent : le regard des experts portera-t-il sur toutes les filières de l'établissement en même temps ou sur une sélection parmi ces filières ?

La Directrice est un peu inquiète pour l'accréditation V2 en psychiatrie où le travail repose moins sur des modes formalisés et écrits. Les procédures sont encore mal définies.

Avec le choix des spécialités, il y aura toujours des regards qui ne se feront pas. En revanche, la V2 ne devrait pas laisser de service complètement de côté, car elle contient des référentiels transversaux. De plus, le regard porté sur le dossier patient dans d'autres services dont les pathologies sont concernées permettra d'impliquer l'ensemble des services de l'établissement.

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?

(Les directeurs et les cadres sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

La Nouvelle Gouvernance va de fait déjà conduire les Directeurs à partager le pouvoir avec les médecins. Si les réunions médecins-directeurs existent, si elles sont productives, ça pourrait faire exemple et se reproduire à tous les stades.

Ce sera difficile quand même pour les médecins de changer de métier.

L'idéal dans les services n'est pas dans le partage des pouvoirs entre médecin et cadre mais à une bonne collaboration du tandem.

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Ils sont réticents à la formation, principalement au motif qu'ils manquent de temps. Les propositions de formation, par exemple en ce qui concerne les infections nosocomiales (qui étaient faites par certains praticiens comme le président du CLIN, le médecin hygiéniste ou certains membres de la CME), n'ont pas rencontré l'adhésion des médecins.

Pour eux, la V2 correspond plus à une obligation réglementaire qu'à une volonté réelle d'évoluer, même si il existe des exceptions.

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

L'accréditation a eu un impact dans l'opinion publique et les patients la mentionnent parfois dans des lettres de plaintes. Mais cet impact est difficile à évaluer. Le rapport V2 est confidentiel car expérimental mais il y aura sans doute des fuites (ça risque d'être utilisé à l'extérieur, notamment en ce qui concerne les points qui sont apparus comme défailants – surtout pour les urgences).

Les représentants institutionnels des usagers ayant été empêchés lors de la procédure V2, il a été fait appel à 2 volontaires qui ne connaissaient pas l'organisation de l'hôpital. Ils ont trouvé intéressant d'en découvrir le fonctionnement qu'ils ignoraient et leur regard extérieur a été intéressant pour les professionnels. En revanche, ils n'ont pas évalué les enjeux de l'accréditation.

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc.) ?

Il y a des difficultés à faire appliquer ces obligations, notamment celles issues de la loi du 4 mars 2002 (traçabilité de la discussion bénéfices-risques). C'est très variable selon les services, il est donc nécessaire d'insister auprès des services qui ne répondent pas encore à ces exigences.

Un des moyens utilisés par l'établissement a été d'associer des représentants des usagers (patients ou familles de patients) aux groupes de travail sur la V2.

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Le CH a associé les médecins libéraux et les usagers lors de la V2 expérimentale (c'est une des principales nouveautés introduites par la V2). Ainsi, il y avait un médecin libéral par groupe de travail sur les pathologies en médecine et chirurgie (en l'occurrence des médecins qui travaillaient déjà avec les praticiens de l'établissement auparavant). Cela vise à offrir une meilleure prise en charge du patient dans la filière de soins.

<u>Thème 4</u> : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Oui, car elle est orientée vers le SMR. Les médecins devront au quotidien modifier leurs façons de faire, dans le cadre des mesures correctrices demandées.

Lors de la V1, les critères étaient plus transversaux donc moins impliquant pour les médecins (notamment en terme de qualité et de prévention des risques).

Les médecins se sont bien impliqués lors de la V1 (dans le cadre du comité de pilotage) et également lors de la V2 expérimentale. Il faut souvent aller les chercher mais ils s'impliquent volontiers.

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Coulomb dans la présentation de la V2 a lié cette version à la T2A, mais cela n'ira peut-être pas jusqu'à une diminution des ressources de l'établissement en cas de non-accréditation.

Par contre, il sera peut-être possible pour les établissements de se servir de ça pour demander certains financements à la tutelle. Mais il est difficile de dire avec certitude ce que ça va donner.

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

La certification doit concerner les Centres hospitaliers mais également les services informatiques et les logiciels de prescription médicale.

La notion de certification rajoute souvent une idée de durée dans le temps.

Il faudrait dans un premier temps savoir expliquer aux professionnels la différence entre accréditation et certification.

L'accréditation va désormais aux professionnels médicaux et aura lieu tous les 4 ans ; cette mesure pourra les stimuler pour s'améliorer.

NB :

1 – Le Chef d'établissement regrette l'accréditation V1 sans recommandations ni réserves, car elle a conduit les professionnels à relâcher leurs efforts et a conduit à une accréditation V2 expérimentale conditionnelle avec la recommandation relative au respect de la dignité des patients et à la confidentialité des données aux urgences.

2 – Les fiches de synthèse sur la sécurité doivent être transmises à l'ANAES avant la visite des experts visiteurs, pour contrôle à la DRASS. Ce n'est en effet pas de la mission de l'ANAES de contrôler la conformité réglementaire des établissements au nom de la séparation des pouvoirs entre inspection et accréditation. Toutefois, elle organise de fait ce contrôle par les services de l'Etat à l'occasion de l'accréditation et elle reçoit en retour les remarques de la DRASS relatives aux informations communiquées.

Ces observations de la DRASS n'ont pas eu lieu au cours de l'expérimentation de la V2, du moins en ce qui concerne le CH (ça a été expérimenté dans trois régions : PACA, Lorraine, Ile-de-France).

3 – Les ambiguïtés de la simplification de la V2 :

- les chapitres certes moins nombreux, mais sont plus longs (plus « copieux ») ;
- le langage de l'ANAES n'est pas simplifié (point qui a été souligné par les établissements ayant participé à l'expérimentation lors de la réunion de synthèse de juin 2004) ;
- l'ANAES prétend ne pas faire de contrôle réglementaire mais organise le contrôle par les services de l'Etat (cf. ci-dessus).

4 – Le délai de 4 ans entre deux visites semble être globalement un bon délai. Dans le cas du CH, la préparation de la visite expérimentale a eu lieu en 3 mois (entre janvier et avril 2004), ce qui explique que la visite réelle concernant la V2 aura lieu uniquement en 2006.

ANNEXE 5.3
ENTRETIEN N°3

CSI dans deux hôpitaux locaux

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Oui en particulier dans les établissements mono-activité. J'ai par exemple fait ma visite expérimentale V2 dans une clinique privée spécialisée dans la prise en charge de l'obésité chez l'adulte dans laquelle les pratiques d'évaluation étaient intégrées dans l'activité quotidienne.

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Dans la clinique privée, un gros travail a été accompli sur la qualité. Un cadre infirmier était affecté à temps plein sur ces missions notamment la mise en place d'une gestion documentaire.

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

L'implication de la CME est souhaitable. Dans la clinique privée que j'ai visitée, une commission médicale faisait fonction de CME et portait le projet d'accréditation auprès des médecins. Dans un hôpital local, les médecins libéraux se sont largement impliqués dans l'accréditation (environ 30% d'entre eux), mais ça dépend de leur culture, de leur investissement et de leur capacité à accepter de voir évaluer leurs pratiques professionnelles. C'est plus facile pour les disciplines non chirurgicales. Un médecin d'un hôpital local a ainsi fait un DESS qualité.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Oui car la plupart des hôpitaux sont entrés dans la démarche qualité par le biais de l'accréditation. Donc, un service non concerné par cette obligation réglementaire risque de ne pas s'engager dans la démarche qualité.

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

**Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?
(Les directeurs et les cadres sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)**

Les cadres infirmiers seraient plutôt d'accord. Pour les directeurs, ils sont sensibilisés par leur formation à l'ENSP, mais ça dépend aussi des personnalités et des rapports de force entre médecins et directeurs, notamment Président de CME et Chef d'établissement.

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Ca dépend des personnalités et des cultures de chacun.

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

L'accréditation joue sur la réputation de l'établissement avec la presse ; ça reprend un système d'étoiles comme pour les hôtels. Toutefois, je n'ai eu aucune remontée d'information de la part des familles des usagers de l'hôpital local après l'accréditation V1. Je pense qu'elles ne sont pas souvent au courant de la portée de l'accréditation, ni de la publicité des comptes-rendus de l'ANAES. A l'inverse, les professionnels commencent à intégrer les comptes-rendus d'accréditation comme outil d'information.

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

La V1 a souvent constaté l'absence de traçabilité de la discussion bénéfice – risques, et du consentement éclairé, en particulier dans les grosses structures.

La satisfaction du référentiel V1 est de toutes façons un pré-requis incontournable pour l'entrée dans la V2. Ces lacunes ont posé problème pour les visites expérimentales. Lors des visites V2 à partir de 2005, ces lacunes relatives à l'application de la V1 donneront lieu à des réserves.

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Ca intéressera surtout les petites structures mais pas les grosses. Ca permettra peut-être une prise en charge plus globale du patient.

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Oui, grâce à une évaluation par spécialités.

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

C'est en débat. Des ARH sans l'afficher clairement, octroient d'ores et déjà des moyens supplémentaires aux « bons élèves ».

Une bonne accréditation permettra peut-être d'attirer de « bons professionnels ».

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

Ne sait pas.

Remarques supplémentaires :

Comment faire vivre la démarche qualité entre 2 accréditations ?

La structure qualité pérenne est un élément mobilisateur. Elle permet de maintenir la mobilisation des agents sur la qualité entre 2 procédures d'accréditation.

Elle permet de définir des Plans d'Amélioration de la Qualité (PAQ) suite à l'auto-évaluation. Ceux-ci sont parfois présentés par les établissements aux experts-visiteurs à l'issue de la visite comme programme de travail qualité jusqu'à la visite suivante.

A l'hôpital local, des techniques ont permis de mobiliser le personnel sur la qualité :

- organisation d'une soirée pour le personnel à l'issue de la visite satisfaisante ;
- il a été convenu que les agents qui participeraient aux groupes d'auto-évaluation, auraient des augmentations de note plus importante ;
- des méthodes d'intéressement pourraient être mises en place.

ANNEXE 5.4 ENTRETIEN N°4

Médecin Délégué à la Qualité et à la Gestion des Risques dans un CHU

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Expérience de l'interlocuteur intéressante à plusieurs titres :

- Participation à la phase préparatoire de la V2 dans un autre établissement.
- Participation prochaine à la démarche dans ce CHU (l'établissement a déjà reçu la visite des experts dans le cadre de la procédure expérimentale).
- Médecin, intégré dans l'équipe de direction entre le DG et le Directeur Qualité, en tant que Médecin délégué à la qualité et à la gestion des risques.
- Equipe de Direction fortement impliquée dans la politique qualité.
- Par ailleurs, les pôles d'activité sont en cours de constitution. Leur mise en place effective devrait coïncider avec l'application de la V2.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

La V2 peut être perçue comme une entrée dans la pratique des médecins. Or, dans les CHU et les établissements de référence, les médecins travaillent déjà en fonction des règles de consensus et des travaux des sociétés savantes. Ils sont soit producteurs de documents de référence, soit s'appuient sur ceux-ci. Certains s'évaluent déjà par rapport à certains de ces documents (les protocoles de recherche clinique par exemple). Mais cette évaluation n'est pas systématique aujourd'hui, notamment en ce qui concerne l'impact du résultat et la traçabilité de cette évaluation.

L'impact de la V2 sera sans doute variable en fonction du type d'établissement (CHU, HG, HL).

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Il est souhaitable que le directeur qualité soit rattaché au Directeur Général de l'établissement (dans ce CHU, l'organigramme est actuellement revu pour aller dans ce sens : la Direction Qualité est rattachée directement à la Direction Générale et n'apparaît donc pas « en râteau » avec les autres directions). Cependant, dans certains établissements, le directeur de la qualité doit encore « sponsoriser » auprès du directeur la démarche qualité.

La V2 est axée sur le management des secteurs d'activités et considère que la qualité est intégrée par le « top management » (prise en compte de la courbe d'expérience). C'est déjà le cas dans certains établissements, mais pas quand les équipes sont limitées à l'aspect

technique de la qualité (répondre aux référentiels). Cela fonctionnera mieux si l'organisation est par pôles. La V2 est sur la ligne de la nouvelle gouvernance qui intègre les médecins à tous les niveaux (management de l'établissement et des services).

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Il est important qu'un médecin, en plus du directeur qualité, se penche plus particulièrement sur la démarche qualité pour faciliter sa diffusion. Dans un établissement de taille suffisante, ce médecin pourrait être intégré aux réunions de direction et aux CME (comme c'est le cas dans cet établissement), pour avoir une vision globale du sujet, de l'actualité de l'établissement.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Le risque de fracture liée à la V2 au sein des établissements est a priori limité. Le choix des pratiques à évaluer se ferait en fonction de critères fixés, comme le degré de risque des pratiques ou leur importance pour l'établissement. L'évaluation opérée sur ces pratiques pourrait être prise en exemple par les autres secteurs d'activité.

Il faut être réaliste et fixer nécessairement des priorités si l'on envisage l'organisation humaine de cette évaluation (avec 4 ou 5 personnes pour 5000 agents et 2000 lits, cela s'avère impossible, sans la présence de référents dans chaque service).

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ? (Les directeurs et les cadres sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Les relations entre les médecins et les directeurs dans le cadre de l'accréditation dépendront beaucoup de leur personnalité. La cohésion entre le directeur et le président de CME est particulièrement importante.

Dans le cadre des pôles, le management sera réalisé par une équipe tricéphale : médecin, cadre supérieur, directeur. Il y aura aussi un médecin référent qualité par pôle, chargé de l'auto-évaluation et de la mise en place des actions d'amélioration de la qualité. Il aura un rôle d'animateur et de conseil auprès du responsable du pôle. Il sera alors nécessaire de dégager du temps pour ce faire : « on ne peut pas impliquer les médecins si on ne leur donne pas les moyens de s'impliquer ». Dans cet établissement, certains médecins déjà impliqués dans le Programme d'amélioration continue de la qualité seront certainement sollicités pour être référents. Restera à vérifier leur répartition dans l'établissement (il faut qu'ils soient bien répartis au sein des pôles).

Aujourd'hui, il est plus facile d'associer les cadres de santé que les médecins à la démarche qualité, étant donné que ces premiers sont mieux formés et sensibilisés au management (école des cadres).

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Au cours de leur cursus, les médecins ne sont pas formés à l'évaluation de leurs pratiques (culture d'entreprise, formation management, culture de l'évaluation). Concernant ce CHU, une coopération avec le doyen de l'université a permis de mettre en place des démarches spécifiques sur la formation des médecins : discours sur l'évaluation des pratiques au moment de l'arrivée des internes, formation qualité dans le stage suivi en stage infirmier de deuxième année.

Concernant la formation continue, il faudrait plutôt l'orienter vers les risques et l'évaluation des pratiques, plus attractive qu'une formation centrée sur la qualité. Cela pourrait permettre d'assurer une meilleure implication des médecins dans ce domaine.

<p>Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?</p>
--

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Les usagers ont rarement connaissance du rapport d'accréditation publié. Les usagers ont peu participé à la V1. L'utilisateur n'est pas pleinement intégré dans la politique qualité de l'hôpital et sa satisfaction n'est pas toujours bien mesurée.

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc.) ?

L'établissement envisage de mettre en place des consultations d'utilisateurs. Un groupe de travail transversal a été constitué pour travailler sur le service médical rendu. Une réunion est prévue pour présenter aux représentants des utilisateurs les résultats de son évaluation.

Il faut trouver des représentants des utilisateurs qui soient représentatifs, pas trop revendicatifs pour leur propre association et inscrit dans une perspective constructive. C'est souvent encore difficile pour les établissements aujourd'hui.

En ce qui concerne l'approche en terme de bénéfice-risque, c'est un élément d'aide à la décision, qui ne doit pas nécessairement être écrit. En effet, la traçabilité de cette approche bénéfice-risque est difficile, un papier signé par le patient n'étant pas suffisant en cas de difficulté. Une telle traçabilité pourrait par exemple être assurée grâce au dossier patient, à la présence d'un témoin, à la mise en place d'une structure qui montre l'existence d'une évolution en la matière au sein de l'établissement (exemples : papier explicatif à remettre au patient, personne reçue dans un bureau et plus dans le couloir, rencontre des familles, réunion de staff pour assurer la cohésion du discours des équipes soignantes, réunions de médecins...)

L'explication fournie au patient et l'évaluation de ce qui est bien et moins bien (qui sont le fondement de la démarche bénéfice-risque) apparaissent normalement au sein de la démarche médicale. Si ce n'est pas fait, cela relève en principe de la faute professionnelle. Dans la pratique, ce n'est pas toujours fait, notamment en raison du manque de temps et de l'existence d'une logique de productivité. Cela explique que les recours en justice soient souvent liés à une mauvaise communication entre le médecin et le patient, qui se traduit par une perte de confiance.

Afin d'assurer la cohérence du discours adressé au patient, une bonne coordination médecin/IDE/AS est fondamentale.

Les recommandations issues de la V1 étaient souvent liées à cette notion de bénéfice-risque, au dossier patient... Il y a dans la V2 des éléments qui permettraient de changer les pratiques, mais pour qu'une telle évolution soit possible, il faut une implication forte du management. L'approche en terme de gouvernance pourrait alors être aidante.

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Le contenu de la V2 devrait permettre d'inciter les établissements à développer les réseaux et filières de prise en charge, pour éviter les réserves et recommandations. Cet aspect est plus net que dans la V1. Cependant, l'impact pour le patient dépendra de la volonté et des priorités dégagées par l'établissement. Cet aspect de développement des réseaux sera particulièrement important pour les hôpitaux locaux.

<u>Thème 4</u> : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Le passage de la fréquence des visites de cinq à quatre ans devrait permettre de relancer la dynamique plus régulièrement, et ce pour l'ensemble des équipes impliquées (estomper l'effet de soufflet).

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Associer un enjeu financier aux démarches qualité semble assez logique (la naissance de la démarche qualité dans l'industrie était liée à une logique financière, en raison du coût attribué à la non-qualité). Ce serait en tout cas plus clair.

La logique instaurée par la CCAM conduit à une évolution des budgets des établissements. En ce sens, une démarche qualité performante pourrait permettre de gagner en efficacité dans le processus hospitalier (notamment pour tout ce qui concerne les fonctions support : achats...). En comparaison, on considère dans l'industrie que l'application des normes ISO apporte une satisfaction au client et à l'entreprise.

Ce raisonnement est cohérent avec la tarification à l'activité, laquelle sera source de gains pour les établissements s'ils optimisent leurs ressources (humaines, matérielles, organisationnelles). Cette optimisation peut être obtenue grâce à la logique qualité.

En revanche, le fait de conditionner le budget à l'accréditation n'est pas une bonne chose. Les EPS doivent fonctionner avec ce qu'ils produisent, donc optimiser leurs processus de production.

Le lien avec les tutelles devrait plutôt apparaître dans la redistribution des SROS, davantage que dans une prime à l'accréditation. L'idée étant d'éviter que des établissements continuent de proposer des activités qui ne sont pas exercées assez régulièrement et par conséquent qui mettent en danger certains patients (cas de certaines maternités par exemple). De plus, il serait nécessaire de renforcer une véritable dynamique

de coopération avec, pourquoi pas à plus long terme, une équipe qui se déplacerait vers le patient et non plus l'inverse ? (« Un système de soins organisé autour de l'agenda du patient »).

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

A priori le changement d'appellation ne devrait pas avoir d'impact sur le contenu de la démarche accréditation.

Par contre, c'est une erreur en terme de communication, un tel changement de nom étant prématuré. La compréhension des agents va être perturbée puisqu'ils avaient repéré les termes accréditation et ANAES, et qu'on leur avait expliqué la différence entre accréditation et certification...

Remarques :

- Le délai de quatre ans permet de mieux assurer la montée en puissance de la démarche et la mobilisation des équipes. Mais le fait que les indicateurs utilisés dans le cadre de la V2 soient différents de ceux qui avaient servi lors de la V1 empêche les personnels de percevoir les effets des actions qu'ils ont déjà menées.
- Pour les hôpitaux locaux, l'idée d'une synchronisation des démarches et référentiels existe. Dans le cadre de la V2, les autres labels (type Angélique, ISO, prix MFQ) vont être pris en compte comme des éléments acquis, ce qui permettrait d'alléger la visite. Cela pourrait permettre d'améliorer la perception de l'accréditation dans ces établissements de petite taille.
- L'implication des médecins dans la démarche qualité au sein des hôpitaux locaux est rendue difficile par le fait qu'il s'agisse de médecins généralistes, extérieurs à l'établissement. La solution pour les sensibiliser davantage est la contractualisation, soit l'acceptation par le médecin généraliste de suivre la politique qualité développée dans l'établissement pour pouvoir y exercer.
- La démarche prolongée par la V2 participe du développement du contrôle de l'Etat sur les établissements de santé, contrôle dont le point de départ réside dans les inspections sur le processus transfusionnel suite à l'affaire du sang contaminé. On se trouve ici dans une logique de maîtrise du système de santé par l'Etat et d'un durcissement du contrôle (à l'instar du PMSI qui offre une vision de ce qui se passe au niveau des dépenses).

ANNEXE 5.5
ENTRETIEN N°5

Secrétaire général d'un Centre de lutte contre le cancer

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Oui, l'expérience montre que quand un service a construit son propre référentiel, il s'est trouvé en avance par rapport aux autres services. D'autre part, le point de départ (le manuel) est une étape majeure.

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Pas dans la structure. On a professionnalisé ce type d'approche et créé des cellules qualité afin de ne pas laisser de place à l'improvisation. Il s'agit de créer des cellules formées à l'audit clinique. Un médecin référent ne peut être suffisant, une équipe doit au moins comporter un médecin et un cadre soignant, tous les deux bien formés

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Effectivement le risque existe. En effet, le service dont la spécialité est couverte par le manuel peut considérer que les autres spécialités sont à sa disposition et doivent s'adapter à sa façon de travailler. Pour y remédier, il faut considérer la structure dans son ensemble et éviter le découpage des secteurs en activités cliniques et activités médico-techniques. Il s'agit d'intégrer le médico-technique dans les filières de soins. Il faut être prudent et ne pas favoriser certains secteurs, le management de la qualité doit se faire dans le sens de la cohésion

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ? (Les directeurs et les

cadres soignants sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Dans le cadre du manuel d'accréditation, on ne demande pas seulement aux médecins de s'investir mais à tous les cadres des structures de soins. La formulation de la question s'adresse directement aux chefs de service. Un chef de service doit être formé et il doit apprendre le management. La direction a tout à y gagner, cette demande a des chances d'aboutir à une amélioration des relations entre chef de service / direction. C'est un véritable atout. Soit le médecin considère qu'il est uniquement producteur de soins, soit, et c'est le cas du chef de service, il souhaite devenir un responsable collectif et dans ce cas il doit s'interroger sur sa fonction de chef de service. Le rapprochement doit consister à un débat entre l'échelon stratégique (direction) et l'échelon local (service). La V2 apparaît comme un atout pour moderniser la relation entre le sommet stratégique et la base. En ce qui concerne les cadres soignants, leur connaissance des résultats de l'accréditation permet de servir de base à l'élaboration du projet de soins infirmiers. La dimension stratégique du cadre soignant risque d'être amoindri : le lien cadre / directeur de soins va évoluer au profit de la relation cadre / chef de service. Cette évolution va ramener le cadre vers son service et l'alléger du poids qu'il portait en tant qu' « interlocuteur unique du service ».

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Pas particulièrement mais c'est difficilement mesurable. La V1 a eu comme bénéfice d'accélérer les projets des Etablissements notamment en terme d'amélioration de l'accueil, d'ouverture vers les associations,...

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc.) ?

La structure ne possède pas actuellement les moyens de mettre en place la V2.

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Les établissements de santé ne pilotent pas la totalité de la filière et donc ils peuvent simplement montrer qu'ils participent à des réseaux. La constitution d'un réseau de cancérologie se prête particulièrement bien à cette approche. Le pilotage peut être mené par un médecin libéral. Il s'agit d'une désinstitutionnalisation de la prise en charge sanitaire.

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Oui mais le management doit être éclairé. Il faut également bien vendre le projet aux médecins et ne pas le leur imposer, ils doivent se l'approprier comme thématique majeure de modernisation.

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Oui, il faut sortir de l'hypocrisie dans laquelle s'est inscrite la démarche. Même du point de vue d'un directeur d'établissement, le fait que les moyens soient attribués selon la réponse formulée au besoin de soins est cohérent. Il apparaît également nécessaire de synchroniser les démarches d'accréditation à celles de négociation du contrat d'objectifs et de moyens. Au moins, l'obtention de ressources nouvelles doivent-elles comporter une contrepartie.

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

Il s'agit de la mort de l'ANAES. Nous entrons dans la relation acheteur de soins / fournisseurs de soins. D'autre part, la certification apparaît comme un outil d'évolution et d'arrêt d'activité. Elle peut opérer un remodelage complet de l'offre de santé. Le système de santé ne va pas évoluer par le contingentement mais par le fait que certains établissements ne répondront plus aux normes imposées. L'évolution vers la certification parachève la construction de la TAA.

ANNEXE 5.6
ENTRETIEN N°6

Directeur adjoint en charge de la qualité dans un CHU

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Ce CHU sort de la visite ciblée de l'ANAES. Leur réflexion quant à la mise en œuvre de la deuxième n'est donc pas mûre, la visite d'accréditation pour la deuxième version est néanmoins prévue au cours du 1^{er} semestre 2006.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Les professionnels, médecins, cadres soignants... commençaient à s'approprier la démarche d'accréditation. Le passage à la deuxième version va demander un gros effort de management dans la mesure où le référentiel a été totalement modifié. Le personnel médical et non médical s'est remis en cause dans le cadre de l'application de la 1^{ère} version, la deuxième couche n'était pas nécessaire.

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Non répondu

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

L'architecture existante n'est pas adaptée à la mise en place de la V2. Dans le cas de ce CHU, la nouvelle version va nécessiter de retravailler le contour des PAQ (programme d'amélioration de la qualité). La version 1 consistait en la vérification d'une dynamique d'amélioration, la deuxième version est plus difficile à appliquer. La réorganisation nécessitera de renforcer les cellules qualité existantes en terme de personnel médical or il s'agit d'intégrer le coût d'un praticien à la démarche dans un contexte de difficulté de recrutement en personnel médical.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Non répondu

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?

(Les directeurs et les cadres soignants sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Non répondu

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Non répondu

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Non répondu

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

Non répondu

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Non répondu

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Non répondu

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Il est trop tôt pour que l'accréditation participe aux négociations budgétaires. Il faut au moins que l'évaluation soit incontestable. Les experts visiteurs ont parfois émis des réserves sur leur discipline d'origine.

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

Crée un doute dans les établissements : la philosophie n'est plus la même. L'évolution vers la certification apparaît dangereuse dans un contexte déjà tendu : TAA, 35 heures, nouvelle gouvernance.

ANNEXE 5.7 ENTRETIEN N°7

Service de l'accréditation à l'ANAES

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles

L'accréditation qui résulte des ordonnances Juppé ambitionne d'aller plus loin que la loi Evin qui prévoyait déjà une évaluation des pratiques professionnelles. La procédure d'accréditation devient obligatoire pour les établissements. Il y a donc une nécessité corrélative de regard sur les pratiques. Le monde anglo-saxon fournit déjà une expérience mature de ce concept depuis 40 ans environ. Il s'agit de répondre à un triple objectif : faire changer les hommes et leurs pratiques, construire des indicateurs signifiants, s'inscrire en faux face au l'inflation incontrôlée des textes. La version 1 du manuel d'accréditation a été construite autour de deux idées fortes :

- le choix de thèmes fédérateurs et incontestables : patient et sa prise en charge, l'organisation de l'établissement, la qualité et la prévention des risques, prévention du risque infectieux
- la formation d'experts qui soient en même temps des pairs.

La première phase de la procédure d'accréditation réside dans l'élaboration d'une autoévaluation qui doit aboutir à un décloisonnement pluridisciplinaire, et dont les constats seront validés lors de la visite des experts-visiteurs. Ces derniers formulent des propositions qui servent de base à la décision du collège de l'accréditation. Il semble que la première version ait mobilisé particulièrement les soignants. Actuellement on assiste à une recrudescence des accréditations avec réserves car un certain nombre d'établissements doutait de la portée de l'accréditation sur le moyen terme.

La seconde version, sur la base de la dynamique enclenchée, aborde un sujet plus sensible : les pratiques professionnelles. Le caractère sensible de ce sujet est illustré par l'échec de tentatives précédentes, notamment les RMO. L'ANAES se fixe un nouvel objectif et mène des actions de lobbying pour introduire dans le cursus de formation des médecins l'évaluation des pratiques professionnelles et la gestion des risques. Des changements ont eu lieu entre la version expérimentale de la version 2 et sa version définitive. On constate un recentrage de l'évaluation des pratiques ainsi que de l'item qualité gestion des risques. Il s'agit de s'inscrire davantage au cœur de la prise en charge du patient dont certains aspects (pharmacie, douleur, don d'organe...) se trouvent plus finement déclinés dans le chapitre 3 en référence aux bonnes pratiques.

Pour l'instant l'engagement d'une dynamique autour des thèmes suivants : management, évaluation des pratiques, gestion des risques conditionnent largement le résultat de l'accréditation. Les établissements qui ont réussi à impulser passeront sans difficulté à la seconde procédure. Avec l'engagement dans le nouveau manuel l'ANAES constatera le niveau atteint concernant ces items ainsi que les démarches engagées relatives à l'évaluation des pratiques.

Les structures médico-administratives accompagnant l'évaluation des pratiques professionnelles sont variables selon les établissements. Les centres de lutte contre le cancer, les réseaux et filières semblent occuper une place de précurseur dans ce domaine. Exemple : la généralisation des comités de morbidité est déjà un premier pas.

C'est pourquoi à l'appui de la nouvelle accréditation l'ANAES privilégiera le développement d'outils pour que les directeurs s'emparent du thème de la qualité pour leur management, avec une deuxième étape : l'évaluation des pratiques professionnelles. La pression des moyens (douze milliards euros de déficit en 2004) devrait accélérer la prise en charge par les décideurs de ce thème de la qualité.

La mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles pour les activités abordées par l'autoévaluation devrait avoir une valeur d'exemple pour les spécialités non encore concernées. Il s'agira plutôt de constater les efforts qui sont effectués.

Le passage de l'accréditation à la certification s'assimile à un changement terminologique purement sémantique.

Concernant les établissements médico-sociaux l'ANAES a prévu l'élaboration d'un référentiel spécifique conduisant à une accréditation tout les sept ans en cohérence avec la procédure de conventionnement tripartite.

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Par delà l'intelligence des hommes la nouvelle gouvernance va plutôt dans le bon sens en incitant les acteurs à communiquer. Préalablement à la mise en place de la version deux de l'accréditation, des sociétés savantes (cardiologie, cancérologie...) ont interpellé l'ANAES en vue d'une plus grande intégration des préoccupations médicales dans le cadre de l'accréditation. Elles auraient même aimé parfois que l'ANAES aille plus loin. Aujourd'hui le constat positif fait par l'ANAES est celui d'une contribution de l'accréditation à un plus grand décloisonnement

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Concernant la première accréditation on peut déplorer un manque de lisibilité vis-à-vis des usagers, c'est pourquoi l'élaboration de le nouveau manuel a conduit à une association plus étroite de leurs représentants. Il est prévu notamment une mise à disposition du rapport d'accréditation complet sur internet et lors de la visite des experts l'établissement devra démontrer l'association des usagers à tous les stades de la procédure.

Concernant le lien éventuel de l'accréditation avec un classement des hôpitaux il convient de s'interroger préalablement sur la pertinence des critères retenus pour ce classement. L'objectif retenu par l'ANAES est d'avoir accrédité d'ici 2006 les 300 établissements de santé français.

L'expérience acquise par certains pays, tel le Canada, dans le domaine du système d'information de la qualité leur a permis d'alléger la procédure de façon significative. En France il s'agit de mesurer prioritairement des éléments qui intéressent le patient.

Thème 4 : Perspectives de la V2

Il est également envisagé de conférer un rôle plus important à la nouvelle accréditation. Elle devrait permettre non seulement une régulation du système de santé par la qualité selon les vœux de M. Mattei, puis de M. Douste Blazy, mais également une allocation des ressources des établissements selon l'objectif du Ministre de la santé.

La persistance d'un certain niveau de dangerosité depuis la première autoévaluation peut conduire désormais à la non accréditation. Le rapport des experts pourra servir de support à la décision que prendront les autorités régaliennes de tutelle. Aujourd'hui seuls une dizaine d'établissements seraient concernés par une décision de non-accréditation. Il s'agit d'une incitation négative que l'ANAES espère employer dans une moindre mesure.

ANNEXE 5.8
ENTRETIEN N°8

Directeur Adjoint d'un CHU
Impliqué à l'ANAES

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

En fait ce n'est tout à fait le cas. Le manuel prévoit une autoévaluation non pas par secteur d'activité mais par type de prise en charge (MCO, SSR, SLD, HAD, psy) pour la partie transversale (chapitre 3). En plus, les références sont les mêmes pour tous les types de prise en charge. L'idée de départ était une déclinaison beaucoup plus détaillée (accréditation par service).

Dans l'établissement, il y a eu deux temps pour l'autoévaluation du chapitre 3

- d'abord un recueil des informations par service (qui évoluera vers un traitement par pôles avec un groupe d'autoévaluation par pôle)
- puis un groupe d'autoévaluation multi - prises en charges pour préserver la dimension transversale

Il est important de voir ça comme une démarche d'établissement, et pas comme une démarche de service (c'était le choix fait avec la V1)

La question de la médicalisation de l'accréditation avait déjà été posée par B. Kouchner. La V2 arrive donc à la suite avec une accréditation par service (d'où la notion de prise en charge qui est utilisée dans le manuel).

L'évaluation des pratiques professionnelles est l'objectif ; ça va jouer et obliger les établissements et les secteurs d'activité à se poser la question, plus qu'avec la V1.

Cf. la référence OPC 15 dans la V1 concernant l'existence ou non d'une évaluation des pratiques. Elle n'était souvent pas satisfaite. Il existait une évaluation de certaines pratiques, souvent assez basique (comme sur les escarres, la prise en charge de la douleur...). Mais le fait que les évaluations systématiques ne soient pas courantes ne signifie pas que les établissements ne font pas de recherches.

La V1 n'a pas empêché les établissements de faire de l'évaluation ; elle a simplement constaté. Le collègue (ou la structure qui en prendra le relais) en fera sans doute un élément beaucoup plus central lors de la V2. C'est le temps de l'évaluation (après celui de la mise en place d'une politique qualité lors de la V1). Les trois dernières références portent sur l'évaluation, et les établissements vont devoir y répondre, en identifiant des pathologies et en disant ce qu'ils font.

Est-ce que ça va suffire ? Non. On est aujourd'hui en matière d'évaluation au même niveau qu'il y a cinq ans pour la politique qualité.

Il faut : - mettre en place une politique

- définir une structure
- former les gens
- définir une méthode en faisant participer les gens formés

- mettre en œuvre

Aujourd'hui, l'évaluation est encore trop dispersée, liée aux initiatives individuelles (exemple d'un médecin qui fait un DEA sur une pathologie spécifique et donc l'évalue). La V2 va contribuer à atténuer cette dispersion, mais il faut quelque chose en plus (que les problèmes d'évaluation des pratiques professionnelles soient pris en compte au niveau de l'établissement).

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Oui. La démarche qualité a démarré en 1997. La V1 a mis en évidence le besoin d'une structure permanente et une cellule qualité a donc été constituée en 2000. Depuis quelques semaines, un médecin a été intégré à la cellule qualité. Il s'agit d'un signe fort pour montrer qu'on veut s'orienter sur l'implication des médecins et ça vient en appui de l'évaluation des pratiques, notamment médicales.

Mais ça ne peut être fait dans tous les établissements (même pour un CHU, ce n'est pas forcément évident ni prioritaire). Il s'agit en effet de mobiliser des moyens pour quelque chose qui n'est pas directement en relation avec la production de soins.

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Pour pouvoir faire un accompagnement médical en terme de démarche qualité, il faut :

- une structure permanente avec un médecin
- des référents qualité médecins par pôle (cad un pour environ 200 agents et 10 à 15 médecins, car il est illusoire de vouloir en mettre un par service), de même qu'un référent cadre chargé de la qualité (qui est plus facile à trouver)
- il faudrait un groupe de réflexion autre que le comité de pilotage de la qualité (trop général), composé par exemple de l'ensemble de ces référents. Il s'agirait d'une structure plutôt dédiée à l'évaluation des pratiques, un lieu de rencontre et de confrontation (comme on a aujourd'hui une coordination des vigilances), mais qui ne soit pas seulement médical.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Le manuel n'a pas vocation à couvrir toutes les spécialités (une ou deux au cours de l'expérimentation) ; ce n'est pas écrit dans le manuel mais c'est prévu dans le cadre de l'accompagnement (sinon ce ne serait pas réalisable par l'établissement).

Dans l'établissement, on aimerait aboutir à l'évaluation d'une pathologie par pôle : c'est l'établissement qui peut prendre la main aujourd'hui.

Le manuel n'empêche pas de couvrir l'ensemble, mais il faut être réaliste (ça prend du temps et ce n'est pas simple). Ce n'est pas le manuel qui va constituer un frein mais l'insuffisante prise en compte de la nécessité de le faire (au niveau politique), ainsi que l'insuffisant niveau de formation et de disponibilité des gens pour le faire.

Il est possible que ça crée des différences entre les services, mais c'est l'établissement qui décide de choisir telle ou telle pathologie (décision locale), et pas l'ANAES. Il s'agit donc d'une proposition d'un secteur validée par la direction de l'établissement (parce qu'il y a un problème au niveau de la prise en charge, parce qu'il s'agit d'un enjeu pour l'établissement dans le cadre du SROS...). Il est essentiel qu'il existe deux niveaux pour ce choix : le secteur clinique (pour la proposition) et la direction (pour la validation). Il est certes plus simple de choisir une pathologie pour laquelle des recommandations de bonne pratique sont déjà mentionnées par l'ANAES.

De plus en plus, on raisonne par pôles et donc celui qui s'est engagé le premier pourra avoir un rôle moteur par rapport aux autres. Et il convient de rappeler que l'accréditation concerne l'ensemble de l'établissement et pas simplement tel ou tel service. L'évaluation des pratiques varie, mais pas dans ses méthodes qui doivent être définies au niveau de l'établissement.

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?
(Les directeurs et les cadres sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Ce point est totalement relié à la gouvernance, notamment à la mise en place des pôles et d'un conseil exécutif. La question ne doit pas être posée seulement au niveau du service, parce que ça ne fonctionne pas de façon idéale aujourd'hui.

Dans le précédent projet d'établissement, la décision avait été prise de développer la contractualisation interne, mais seuls deux contrats ont été effectivement mis en place. Pourquoi ? Parce que c'était fait par service mais les services n'offrent pas une masse critique suffisante pour permettre de dégager du temps du côté de la direction, des services et des cadres. Il n'est pas facile de contractualiser sur la stratégie d'un seul service, notamment pour fixer des grandes orientations stratégiques et pour le suivi du contrat. Le pôle est un niveau beaucoup plus adapté pour faire de la contractualisation.

Le management est stratégique au niveau des pôles et opérationnel au niveau des services. L'ANAES demande l'existence d'un management au niveau des secteurs cliniques, qui soit stratégique (définition des grands axes de développement) et opérationnel (au sein des équipes). Les relations médico - administratives vont donc enfin pouvoir jouer au niveau stratégique : il faut faire ce management stratégique avec les médecins et dans le cadre des pôles. Au niveau opérationnel, ça jouera en fonction de l'attribution de moyen (question du droit à la fongibilité des crédits par exemple). Ça va faire bouger les choses car ça concerne les médecins, les cadres supérieurs et l'encadrement administratif des pôles.

Concernant les directeurs, le principe de délégation constitue pour certains une perte de pouvoirs et d'influence (la DRH n'est pas toujours prête à déléguer une partie de son enveloppe par exemple, de même pour la DSSI). Pour les cadres, il ne sait pas. Il faudrait voir comment ça se produit dans les établissements (notamment CHU) qui ont déjà mis ça en place. Pour certains de ces établissements, la mise en place des pôles a été tout à fait positive au niveau stratégique.

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Dans 98% des cas les médecins ne connaissent pas la V2.

Ca dépend notamment de l'existence ou non d'un management participatif au niveau de l'établissement (c'est plus facile pour l'autoévaluation, pour transposer ce management au niveau des pôles...).

Pour les CHU, il est difficile d'arbitrer entre les trois orientations soins / enseignement / recherche. Il n'est pas gérable d'être responsable des trois. La répartition de ces fonctions est une condition pour permettre l'engagement du médecin dans le management. Ce n'est pas possible au niveau du service (trop petit), mais ça l'est au niveau du pôle avec la définition du rôle de coordonnateur de pôle, avec d'autres personnes moteur pour l'enseignement et la recherche. Il s'agit ici d'une limitation de l'implication des médecins, puisque la dimension administrative vient aujourd'hui en concurrence avec les autres orientations qui structurent leur démarche.

Les médecins sont rarement formés, mais ce n'est pas fondamental. Le niveau d'engagement demandé (aux médecins et aux cadres) est en effet basé sur des choses concrètes : il s'agit davantage de sociologie managériale, plus que de gestion concrète financière ou des ressources humaines. On voudrait qu'ils prennent en compte la dimension de management d'équipe, donc plus la dimension socio - psychologique que la dimension technique. Or c'est ce point de gestion qui leur pose le plus problème car ils considèrent qu'ils savent déjà faire le reste.

Il faudra formaliser tout ça. La V2 n'est pas une charte qui impose aux médecins ce qu'il faut faire en terme de management ; elle leur fait se poser la question et donne quelques idées.

Les cliniques ont toujours contesté la dimension management de l'ANAES (notamment MEA), au nom du respect de la liberté de commerce et d'industrie.

En matière de formalisation on aura intérêt à définir des chartes de pôles, à formaliser les budgets et les délégations. Il faudra voir ce que ça va donner sur le terrain.

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Non, je ne crois pas.

La couverture médiatique a été beaucoup plus professionnelle que grand public. On sait peut-être que l'établissement a été accrédité tôt dans le milieu, et encore (il faut que les professionnels s'intéressent à la question de la démarche qualité pour le savoir). Mais dans l'agglomération (250.000 habitants), les gens ne le savent pas. Il y a parfois un article dans la presse locale (notamment quand l'établissement organise une conférence de presse).

Par contre, les gens font plus facilement référence aux classement type « Le Point » ; ils sont sensibles à la dimension benchmarking des palmarès. Il y a beaucoup moins d'échos pour l'accréditation, mais elle ne se prête pas à ces dimensions de classement ou de palmarès. Cela explique que ça ne soit pas exploité par la presse nationale (ce n'est pas quelque chose d'accrocheur) et que ce soit resté confidentiel. Il faudrait regarder les consultations du site ANAES, mais il y a là aussi probablement beaucoup plus de professionnels que d'usagers.

Question n°8 : Comment l'établissement a t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc.) ?

Ca existe déjà dans la V1 (DPI, DPA, OPC). L'accréditation V2 va vérifier si l'établissement a progressé sur ces points par rapport à la V1, notamment en terme de prise en compte des recommandations formulées lors de la V1 (mise en place d'une évaluation, progression de l'établissement...). Si ce n'est pas fait, ça motivera sans doute une décision plus sévère. Par exemple, si les établissements ont eu une recommandation ou une réserve, ils ont dû mettre en place un plan d'action (pour la visite ciblée en cas de réserve) ou un plan d'amélioration continue de la qualité (qui inclut les recommandations). Ce n'est pas nouveau ni spécifique à la V2, il s'agit d'un problème avoir dans la continuité de la V1.

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Contrairement à ce qui était prévu, l'accréditation des réseaux n'est pas encore faite, pour des raisons matérielles. Ca existait déjà dans la V1, avec une approche en terme de parcours du patient dans l'hôpital (accueil, information, coordination dans l'établissement, sortie, décès...). Le malade vient de quelque part et va quelque part. Il est nécessaire de s'entourer pour faire l'autoévaluation (médecins traitants ; hôpitaux locaux, soins de suite...).

En ce qui concerne l'impact de la V2 il n'y a pas encore de réponse. Mais il est nécessaire, comme dans la V1, de se situer par rapport à la continuité de la prise en charge, également à l'extérieur de l'établissement.

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

L'implication se fera à différents niveaux :

- management des secteurs (le degré d'implication à ce niveau n'est pas encore connu, il faudra le voir dans quelques mois, au moment de l'évaluation)
- évaluation par pathologies et problèmes de santé

A priori les médecins devraient s'intéresser davantage au second aspect, qui devrait plus leur parler.

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Oui. C'est même inéluctable.

Jusqu'à aujourd'hui, « ça n'a vraiment pas été fait », alors que les deux choses ont été mises en places en même temps par les ordonnances de 1996 (création de l'ANAES et des ARH). Il est d'ailleurs étonnant que l'accréditation n'ait pas été prise en compte par les ARH.

Avec la TAA, si on ne la modère pas par la prise en compte de la qualité, il risque d'y avoir des dérives importantes, de type productiviste (recherche de la rentabilité des

activités). C'est une question de survie pour les cliniques. Pour les établissements publics, s'il n'est pas possible de mettre en valeur la qualité de la prise en charge et l'évaluation des pratiques, la crainte existe d'une évolution de l'hôpital public et de son alignement sur le secteur privé.

La qualité et sa reconnaissance dans l'attribution des budgets sont une garantie de service public.

En 2004, les établissements qui ont participé à l'expérimentation ont bénéficié de crédits (100.000€ pour un CHU). Ce dispositif serait reconduit en 2005.

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

« C'est quelque chose de malheureux ».

D'après l'ANAES, ce ne serait pas issu d'une volonté de dire que l'accréditation n'a pas fonctionné, ce qui justifierait son remplacement par la certification.

Dans le sens commun, la certification se fait avec des auditeurs professionnels qui interviennent dans des structures très variées (grande différence par rapport à l'accréditation, qui se fait avec des professionnels du secteur). La question se poserait donc de la suppression de la dimension participation des professionnels qui existe dans le cadre de l'accréditation, donc du remplacement des experts visiteurs par des professionnels formés à l'audit. Mais il semblerait que ce ne soit pas le cas et qu'il ne s'agisse que d'un glissement de terme.

Au départ, il était prévu dans la loi du 13 août 2004 d'utiliser le terme de labellisation pour ce qui concerne l'évaluation des chirurgiens et des équipes chirurgicales (qui sont les principaux concernés par ces dispositions). Ce terme a été rejeté par les parlementaires car trop proche de la notion de label utilisée notamment dans le domaine alimentaire, et a donc été remplacé par le terme d'accréditation. Puis, lors de l'examen de l'article traitant de la Haute Autorité en Santé, le terme d'accréditation qui apparaissait déjà a été remplacé par celui de certification.

Le ministère reconnaît que ce n'est pas une bonne chose. Le terme d'accréditation est en effet rentré dans la culture des établissements de santé (ceux déjà visités comme ceux qui se préparent pour la visite). Dans l'établissement, le choix a été fait de ne pas expliquer ce changement de terme pour l'instant.

Il est question qu'on revienne sur cette décision dans une prochaine loi (loi de financement de la Sécurité sociale, ou loi de modernisation administrative). C'est ce qui explique que le nouveau manuel, validé par le conseil d'administration de l'ANAES fin septembre, ne soit pas encore diffusé (on ne sait pas quel terme utiliser).

Le maintien de ces termes serait plus susceptible d'amener du trouble, d'ajouter de la complexité, alors que l'accréditation est déjà compliquée, plus encore que pour la V1.

La complexité serait accentuée par le fait qu'on étudie actuellement les relations existant entre accréditation et certification ISO 9001 (intégration d'emblée dans l'accréditation ? indépendants ?).

Commentaires

Il est encore un peu tôt pour évaluer l'impact qu'aura la V2. Il faut plus de recul.

Pour l'instant, les dossiers des 35 établissements qui ont mené l'expérimentation ont été traités sans problème.

Une question reste posée : est ce que la V2 va être plus opérationnelle pour nous aider à développer un plan d'amélioration continue de la qualité ?

Beaucoup d'établissements ont développé un PACQ basé sur la V1 (en terme d'organisation par chapitres calquée sur les référentiels), ce qui fonctionne assez bien et est assez opérationnel. Mais est ce qu'on aura la même facilité avec la V2 après l'autoévaluation ? La question vaut surtout pour le chapitre 3 relatif à la prise en charge : est ce que ce sera aussi pratique ? Ca dépendra beaucoup de la façon dont sera menée l'autoévaluation.

ANNEXE 5.9
ENTRETIEN N°9

Directrice qualité d'un Hôpital

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Il est précoce de répondre à cette question d'autant que la procédure V2 expérimentale a été réalisée dans un calendrier très contraint. Pour la V1, l'hôpital avait décliné les référentiels en sous-manuels par service afin de simplifier le langage de l'ANAES et de concentrer l'auto-évaluation sur les spécificités de chaque service. Le temps a manqué pour procéder à une démarche identique pour la V2. Les 3 thèmes retenus pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans la version 2 expérimentale ont été définis en Cellule qualité pour différentes raisons (stratégiques – notamment le plan cancer aide à poursuivre une réflexion commune, importance du GHM, demande du Président de la CME, etc...) :

- cancer du sein ;
- cancer de la prostate ;
- greffe de la moëlle.

Pour chacun des EPP, un groupe pluriprofessionnel a été constitué pour dresser un bilan global de la prise en charge du patient.

NB : la greffe de moëlle a été choisie car elle fait l'objet d'une démarche d'accréditation particulière selon le référentiel européen JACIE (Joint Accreditation Committee International Society for Cellular Therapy) ; à partir de 2008, seuls les centres de greffes accrédités pourront demander et recevoir pour leur patients des greffons de cellules souches hématopoïétiques (CSH) : cet exemple illustre d'une part la prise en compte par l'ANAES de démarches d'accréditation ou de certification réalisées par d'autres procédures que les siennes et d'autre part, il montre le lien possible entre accréditation et autorisation de fonctionnement. Une telle démarche parce que très spécifique à un secteur, avec un référentiel spécifique, semble plus motivante pour les professionnels que les démarches et les référentiels trop transversaux.

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

- La CME ;
- La cellule qualité (Directeur qualité, ingénieur qualité, vice-président de la CME, 2 cadres supérieurs,etc...). Elle définit les Plans d'Amélioration de la Qualité (PAQ) et conduit la préparation à la démarche d'accréditation ;
- La Commission de soins infirmiers ;
- La cellule gestion des risques ;

- Les groupes de travail.

Le fait de rapprocher les délais entre 2 accréditations permettra de maintenir la motivation mais il faut également d'autres démarches. Pour garder une certaine émulation, l'hôpital est volontaire pour tester plusieurs démarches (V2 expérimentale, enquête européenne de l'OMS, etc...).

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Une Commission qualité a été créée à St Louis, émanation de la CME. Elle comprend le directeur qualité, l'ingénieur qualité et des médecins. Elle a été créée à la demande du Président de la CME pour impliquer les médecins dans la démarche qualité.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Compte tenu de la spécialisation de l'hôpital, tous les services sont concernés. Toutefois, lors de l'annonce de des EPP retenus pour la V2 expérimentale, un médecin réfractaire à la V1, a déploré que la dermatologie, son service, ne soit pas retenue. Il est vrai que le facteur prestige a une incidence : par exemple le service de greffe de moelle est concerné par l'expérience alors qu'il représente un faible GHM, mais il bénéficie d'une renommée mondiale.

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

**Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?
(Les directeurs et les cadres sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)**

Le Chef d'établissement voulait impliquer les médecins dans la démarche qualité, notamment par le biais de la Commission qualité. Actuellement, le Président de cette dernière forme un bon binôme avec la Directeur qualité.

A l'issue de la V1, 9 PAQ ont été dégagés et ont donné lieu à 9 groupes de travail chacun co-animé par un binôme Chef de service-Directeur. Cette manière de responsabiliser les médecins a été un moyen de les rendre assidus aux groupes de travail. Pour associer les médecins et les Cadres supérieurs, il faut aller sur le terrain les rencontrer et leur expliquer les démarches. Le référent dossiers médicaux assiste aux audits ainsi que le président de la Commission qualité. Il serait souhaitable de pouvoir participer aux mini-staffs organisés dans les services.

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Il faut les aider dans la gestion de projets et il faut être très concret, en les sensibilisant par exemple au moyen de lettres de mission. La V2 est trop complexe, et il a fallu traduire certaines références (53 et 54 notamment).

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Il n'y a pas eu de retour. Toutefois, chaque année, l'hôpital organise une exposition qualité dans le hall de l'hôpital et elle suscite l'intérêt des patients. Des cafés-débat ont également lieu dans l'établissement.

Seuls les représentants institutionnels des usagers sont au courant des enjeux de l'accréditation. Ils ont été associés à l'auto-évaluation V2 pour les référentiels les concernant. Les experts-visiteurs ont regretté qu'ils n'aient pas été intégrés dans les groupes de travail, alors que ceux-ci se penchent sur des questions qui concernent directement les usagers, comme récemment l'élaboration d'un bracelet d'identification des malades.

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

Il y a un PAQ sur l'accompagnement du patient en fin de vie. L'oncologie étant souvent confrontée à ces questions (faut-il ou pas réanimer un patient, etc ?), les démarches sont très protocolisées. Le PAQ va tenter d'étendre la démarche à tous les services. De la sorte on vise également à expliquer le mode de fonctionnement de l'hôpital aux usagers, ou alors à améliorer la coordination de l'action des associations dans l'enceinte de l'établissement (associations de diabétiques et de greffés par exemple).

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

L'hôpital a réactivé des réseaux et filières avant même la V2. Celle-ci n'a donc fait que conforter la démarche, l'impact est assez limité. Il en ira probablement différemment dans l'avenir si la création d'une Haute Autorité bénéficiant d'un lien étroit avec l'A.R.H est confirmée.

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Oui, car ils se sentent plus impliqués par les EPP. Ils sont également moins réfractaires en raison d'un effort plus important de communication déployé à leur intention. La V2 a suscité plus d'intérêt que la V1, même si la procédure est jugée encore très technocratique. L'évaluation transversale reste difficile à réaliser. Des établissements privés ont critiqué les référentiels managériaux auprès de l'ANAES et le manuel V2 final va peut-être les retirer. Pour motiver les médecins aux démarches qualité, il faut :

- leur montrer que ça fait gagner du temps à terme ;
- leur montrer que ça sécurise les soins ;
- leur expliquer les coûts de la non qualité.

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

L'AP-HP avait créé des mécanismes d'intéressement de la section d'investissement des sites, avec quelques indicateurs qualité mais la démarche a été abandonnée dans le cadre du plan d'économie. Avec la T2A et la CCAM, il faut sans doute attendre pour s'engager dans une telle démarche. C'est un souhait affiché de Monsieur Coulomb, notamment pour lier l'accréditation avec le PMSI dans le cadre de la planification des ARH, l'intéressement se traduirait donc plutôt en terme d'autorisations pour des équipements ou des activités de soins déterminés. Il reste à créer des référentiels pour tous les EPP ; les Collégiales n'ont pas encore fini de tous les créer.

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

L'ANAES prétend que ce texte est une erreur. Derrière le terme de certification, il y a en effet l'abandon de la forme actuelle de l'accréditation par les pairs, au profit de la création d'un corps d'auditeurs extérieurs. Il faut savoir quels seront les référentiels utilisés.

ANNEXE 5.10
ENTRETIEN N°10

Directrice des soins dans une clinique de l'OUEST

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

2000 : après expérimentation de la première accréditation, V1 accréditation définitive.

2004 : expérimentation de la V2.

2005 : V2 définitive.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Il ne reste pas grand chose de l'accréditation au bout de 4 ans, d'après ce que cette directrice a observé, car le travail a été réalisé par un tout petit groupe à l'époque. Donc grand pas en avant avec la V2. Elle est totalement pour l'accréditation depuis longtemps, car ancienne IDE en réanimation où le besoin de protocoles était absolument ressenti. La V2 ne peut que faire progresser la politique d'évaluation des pratiques professionnelles et recentrer le système autour du patient.

Les médecins ont trouvé la V1 « impersonnelle ». Ils ont trouvé « aberrant » qu'on puisse évaluer leurs pratiques. Avec la V2, les médecins sont « obligés de s'impliquer ». Il faudra du temps pour que cela soit complètement intégré et surtout des moyens.

Ce sera plus facile en MCO qu'en psychiatrie où ils sont libéraux et donc beaucoup plus autonomes. Il y a de bons échanges apparemment : il faut jouer là-dessus...

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Pas vraiment, pas de CME semblable au public et il s'agit de médecins libéraux très autonomes...

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Il faudrait des psychiatres salariés pour les aider car il y aurait un meilleur échange avec leurs pairs.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Peut-être bien. Cas particulier ici car pas beaucoup de spécialités... Le référentiel qu'ils ont utilisé regroupait psychiatrie / MCO / personnes âgées. Trois grandes familles sont donc déjà identifiées selon elle.

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

**Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?
(Les directeurs et les cadres sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)**

Topo sur le management prévu pour les directeurs en direction des médecins.
Les directeurs doivent aussi s'adapter aux questionnaires. Il faut surtout prendre son temps et trouver des outils persuasifs.

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Pas de formation dans leur cursus.

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Implication des associations de patients dans les groupes de travail mais à l'extérieur, il est encore trop tôt pour le dire. La loi du 04/03/02 a eu un impact beaucoup plus important !

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

Selon elle, l'établissement a mal répondu à la question de la traçabilité bénéfice-risque (recommandation faite à ce sujet d'ailleurs : à revoir). Il est vrai que c'est particulier car secteur psychiatrique, mais elle indique que c'est à eux de trouver les outils pour s'adapter et ne pas baisser les bras.

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Pas de grand impact. Souvent réseaux constitués mais on ne sait pas bien qui en sont les acteurs. « Balbutiements » pour le secteur psychiatrique : plus développé et satisfaisant en Ille-et-Vilaine pour les réseaux de soins palliatifs...

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Oui.

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

C'est essentiel étant donné le temps que cela nécessite et les moyens humains que cela mobilise. Pour la V1, une prime était donnée à l'agent qui participait à la démarche. Il n'y a pas eu de prime pour la participation à la V2, ce que les agents ont mal compris. Selon elle, il ne devrait pas y avoir de prime : les agents doivent intégrer que la démarche qualité fait partie de leur quotidien...

En fait, l'établissement devrait recevoir une enveloppe pour la première fois au moins.

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

Comme il s'agit du secteur privé, on parle beaucoup déjà de certification. Elle précise que de manière générale, le terme d'accréditation pendant longtemps ne disait vraiment rien aux équipes (« ne leur parlait pas »). Changement ensuite et prise de conscience avec l'affaire de la clinique du sport. Mais pour les partenaires extérieurs, le terme « certification » est employé très couramment déjà (exemple de BTP pour le linge).

Remarque quant au rapport avec les autres certifications (HACCP...) : dans la clinique, le responsable qualité travaille toujours avec le responsable hygiène. Donc lien important entre les procédures. La V2 va permettre de différencier les rôles et d'identifier clairement les acteurs de la démarche qualité.

ANNEXE 5.11
ENTRETIEN N°11

Neurologue en CHU

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.
--

A participé à la V1 et le CHU a reçu le rapport de l'ANAES en juillet 2004. Ne connaît presque rien à la V2.

Problème de l'accréditation à l'hôpital est la spécificité de la « production ». Ce qui est inquiétant, c'est qu'on se focalise sur les choses mesurables, et on peut passer à côté de choses plus importantes.

Exemple : confidentialité : C'est facile de voir si les étiquettes sont cachées, mais quand les consultations (exemple aux urgences) se font au milieu du couloir, à côté d'autres patients sur des brancards... où est le respect de la confidentialité ?

Donc réflexion sur les critères d'accréditation.

Les fiches d'informations au lit du patient (fiches de températures...) peuvent paraître contraire au respect de la confidentialité (d'où leur intégration désormais au dossier de soins). Mais il faut aussi mesurer le risque si ce dossier n'est pas immédiatement disponible en cas d'urgence. Cette réflexion n'a pas été forcément réalisée.

Autre exemple : Creutzfeld-Jacob (pour l'instant, aucun cas révélé de passage d'homme à homme ; pourtant, mise en place de précautions très coûteuses en temps, en argent...)

Selon lui, on ne peut être que d'accord avec les référentiels de l'ANAES, mais écarts entre le principe et la difficulté d'application.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Ce neurologue ne connaît pas du tout la V2. Pour lui, ça ne peut être que bénéfique sur la forme, mais sur le fond, c'est plus nuancé.

Exemple : Le référentiel 34a « les professionnels identifient les risques des pratiques mise en œuvre ». Selon lui, c'est vexatoire : quel médecin ne s'interroge pas là-dessus ?

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Une cellule qualité a été constituée pour la V1, qui regroupe des administratifs et des médecins, qui sont très bien intégrés. Dans chaque service, des **RIC et RAC** (référents sur les indicateurs et référents sur l'amélioration de la qualité) sont installés (sur la base du volontariat, mais ça risque parfois d'être difficile de trouver des personnes volontaires). C'est déjà fait dans plusieurs services, et ça va se faire dans son service en décembre. Ces

référents sont soit des médecins, soit des cadres, des AS, des IDE.... Il juge peu probable que beaucoup de médecins soient volontaires.

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Oui, risque de rupture. Le médecin dont la spécialité n'est pas concernée ne va pas forcément s'impliquer dans des démarches qualité. Risque que le professionnel se sente exclu.

En plus : Il ne considère pas les médecins experts visiteurs comme de véritables pairs, car ils sont un peu formatés par l'ANAES, et ont tendance à oublier des réalités de terrain, d'autant que se ne sont pas forcément des médecins hospitaliers.

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ? (Les directeurs et les cadres sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Ces relations sont très bonnes au CHU. Mais la question est de savoir si les médecins vont vraiment avoir envie de s'impliquer.

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Les médecins ne sont pas du tout formés à ça. En plus, ils ne seraient pas forcément intéressés en priorité par des formations sur le management. Ils préfèrent les formations médicales. En plus, il existe très peu de formation continue sur le management. (Rien en formation initiale).

Pour ce neurologue, le modèle suisse est assez pertinent : c'est le cadre de santé qui prend en charge toutes les questions administratives et de management, et le médecin ne s'occupe que de son activité médicale (transfert d'incompétence vers les cadres), avec un droit de regard sur l'organisation du service.

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Aucune idée. En même temps, c'est un peu tôt pour savoir.

Il trouve aussi que la vision des usagers est pleine de bon sens, mais souvent un peu naïve et en décalage par rapport aux réalités du fonctionnement hospitalier.

Il ne croit pas trop à la participation des usagers. On les fait participer « pour faire bien » (cf dans le CHU de ce neurologue, on les associe à la rédaction du projet d'établissement, mais il ne croit pas trop à la prise en compte de leurs remarques)

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

On est plus dans la forme que dans le fond. On informe effectivement le patient (compte-rendu d'hospitalisation...). Mais problèmes des risques de l'information : côtés pervers. Exemple : faut-il dire au patient que l'on pense qu'il a Creutzfeldt Jacob, alors que ça peut être beaucoup moins grave ? Pareil pour les traitements à risque, qui peuvent avoir des effets très graves (voir mort).

Souvent, les médecins ont la conscience tranquille, car ils font signer à leurs patients (pour les essais thérapeutiques par exemple) une feuille précisant tous les risques, mais les patients ne la lisent même pas, car ils font confiance à leur médecin.

L'information donnée peut parfois être préjudiciable à la prise en charge.

Cela pose la question de quelle information donner ou pas ? Comment l'Anaes peut prendre en considération cet aspect là ?

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

La V2 peut faire avancer certains réseaux dans les domaines concernés. Mais risque que ces réseaux ne soient que formels, sans véritable contenu. Risque aussi de stagnation des spécialités non concernés par la V2. A l'inverse, des réseaux non formalisés peuvent être très efficaces, mais ignorés des experts.

En plus : Ce neurologue a comparé l'avis des experts à la réalité de l'avis des médecins : entre 2 services de radiologie, un est « parfait au niveau qualité, selon les experts, alors que l'autre a été montré du doigt. Or, pour les médecins, le 1^{er} service ne permet pas un service médical rendu au patient satisfaisant (car il ferme à 18h, les radios ne sont pas disponibles rapidement pour les urgences...) alors que le 2^{ème} est très performant. D'où l'importance des critères retenus par l'ANAES, et notamment pour la V2.

Sur les indicateurs et l'évaluation du soin : très difficile car différence de perception entre les équipes médicales et les patients et leur famille. Complexité du choix des indicateurs.

<u>Thème 4</u> : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

A voir

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Risque d'effets pervers : si un service ne satisfait pas aux critères de l'Anaes, il paraît inconcevable de le sanctionner par une baisse de moyens : ça risque de créer de nouveaux dysfonctionnements dans le service. Et au final, c'est le patient qui en subit les conséquences.

Ce qui fonctionne ici, c'est plus l'ego des médecins, qui garantirait la qualité du service, par un système de mise en concurrence. Pour un réel impact, il faudrait agir directement sur les salaires des médecins...

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

Aucun.

ANNEXE 5.12
ENTRETIEN N°12

Consultant dans une société de conseil en qualité auprès d'établissements de santé

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n° 1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

Ce n'est pas le manuel qui impulse le changement des pratiques qui doit être amorcé bien avant l'autoévaluation.

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Oui la démarche qualité a été structurée dans les établissements de santé : création de comité de pilotage, de cellule qualité...

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

La CME doit systématiquement proposer un ordre du jour intégrant un point sur la qualité et assurer ainsi le suivi de la démarche qualité.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?
(Les directeurs et les cadres soignants sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Pour que l'hôpital fonctionne il faut :

- 1/ diriger l'Etablissement (process management),
- 2/ gérer la logistique et l'administratif pour prendre en charge le patient,

3/ élaborer un process de mesure qui permet l'amélioration.

La maîtrise de tout cela permet de s'orienter vers l'amélioration. Cette approche est une approche ISO du management de la qualité. La version 2 du manuel d'accréditation s'inspire de cette approche ainsi cette déclinaison est tout aussi vraie à l'échelle de l'Etablissement qu'à l'échelle du service (management de la part du médecin, maîtrise des flux du service, amélioration).

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

Le chef de service doit être formé mais il se repose sur le cadre soignant en ce qui concerne le management des équipes. Un effort de pédagogie envers les médecins est nécessaire pour lui montrer l'utilité de cette formation.

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

Ce que souhaite le patient quand il entre à l'hôpital c'est de ne pas ressortir plus malade du fait d'autre chose que de la maladie pour laquelle il est entré. Il demande également à être traité avec égard. Le but d'une démarche qualité consiste à être attentif aux besoins de ses clients et de savoir si l'établissement y répond. Dans les hôpitaux, on a tendance à oublier le client : le médecin voit la maladie, l'administratif ne voit pas le patient, ...

L'impact sur l'appréciation des usagers est difficile à mesurer d'autant qu'il est un peu tôt pour en parler. Beaucoup de démarche qualité se sont limitées à répondre au manuel mais n'ont pas cherchée à mesurer, à prendre en compte ou à corriger réellement les dysfonctionnements.

D'autre part, la plupart des hôpitaux n'ont pas élaboré de plan médias suite à la visite d'accréditation.

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

Le rappel effectué dans le cadre de l'autoévaluation permet déjà d'améliorer les choses. Cependant, ce n'est pas en terme de document écrit et de signature qu'il faut répondre à cette demande. Les médecins se sont dotés d'outils tels que des documents d'information sur les examens subis (ex : coloscopie), et ont donc pris conscience que le patient a besoin de savoir ce qui va lui arriver.

Comment évaluer que le médecin donne bien l'information ? La meilleure méthode consisterait à suivre le médecin pendant une journée avec une grille de type : fait / fait pas.

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

L'accréditation et l'évaluation sont la photo d'une démarche qualité et non une démarche d'amélioration continue de la qualité. Si tous les acteurs de santé commencent à réfléchir

qualité : qui sont mes clients ? De quoi ont-ils besoin ? Deux établissements peuvent être amenés à s'interroger l'un sur la sortie du patient l'autre sur la qualité de son accueil et ainsi travailler de concert pour améliorer le flux entre les deux. Ce n'est pas la V2 qui amènera à cette réflexion mais la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Oui si les directions prennent conscience que ce n'est pas au moment de l'accréditation que l'on pense qualité. Les médecins ne se sont pas sentis concernés par la V1, ils ne se sentiront pas plus concernés par la V2.

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Oui et non

Oui sinon les établissements ne s'y intéresseront pas mais non car cela biaise la démarche. C'est donc par la force que l'on obligerait les établissements à prendre en compte les besoins du client.

L'utilisation par l'ARH des rapports de l'ANAES apparaît plus comme un prétexte pour mener une politique préalablement déterminée.

En ce qui concerne la TAA, on craint la sélection des patients à l'entrée, une diminution du coût et de la qualité de prise en charge. La tarification à la pathologie comporte effectivement un risque mais dès lors l'ANAES apparaît comme le gendarme, le garant de la qualité.

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

Avant le manuel d'accréditation n'était pas un référentiel normatif. Si on passe à la certification, et que les établissements stagnent dans leurs démarches qualité, il risque d'y avoir des problèmes. Aujourd'hui la certification ne porte que sur les processus industriels de l'hôpital.

ANNEXE 5.13
ENTRETIEN N° 13

Directeur adjoint en charge du plateau médico-technique d'un CHU

MIP 2004 : La démarche d'accréditation dans les établissements de santé dans sa version 2 comme effet de levier pour le changement des pratiques professionnelles.

Thème 1 : Déterminer si un changement des pratiques professionnelles est possible dans les structures actuelles.

Question n°1 : Le manuel de la version 2 de l'accréditation prévoit une auto-évaluation par secteurs d'activités cliniques. Pensez-vous possible qu'un tel manuel puisse impulser un changement des pratiques professionnelles au niveau clinique ?

On assiste aujourd'hui à une création de pôle de santé regroupant les établissements publics et privés autour d'un plateau technique ou d'un logipôle commun aux entités. Les outils permettent donc désormais une collaboration plus étroite entre les secteurs publics et privés avec un recentrage sur leurs activités de soins.

Question n°2 : Dans l'organigramme de votre établissement, existe-t-il des structures médico-administratives susceptibles d'accompagner ce changement des pratiques professionnelles ?

Question n°3 : Quelles structures d'accompagnement médical sont possibles ou nécessaires ?

Au sein de ce CHU, l'équipe d'hygiène est en charge de l'évolution des pratiques et de leur évaluation. Cependant, ce système ne fonctionne pas. La version 2 couplée avec la modification de la tarification des établissements peut mettre en difficulté quelques praticiens récalcitrants. L'effet combiné de tous les outils conduira à une évolution dans la contrainte.

D'autre part, la nouvelle gouvernance crée une logique de pôle, il s'agit, au CHU, de responsabiliser les médecins sur la démarche qualité ainsi que sur la gestion. Les médecins les plus jeunes sont déjà sensibilisés à ces thèmes.

Question n°4 : Le manuel ne couvre pas toutes les spécialités. Pensez-vous que cela puisse constituer un frein au changement des pratiques professionnelles ? Existe-t-il un risque d'évoluer vers une accréditation à deux vitesses (entre les services concernés par le manuel et les services non concernés) ?

Thème 2 : Appréhender la place du médecin dans le système managérial

Question n°5 : Les relations médico-administratives sont-elles assez ouvertes pour que la fonction managériale du médecin puisse s'exercer ?
(Les directeurs et les cadres soignants sont-ils prêts à accepter une implication plus importante des médecins dans le management des hôpitaux ?)

Question n°6 : Les médecins sont-ils prêts et formés à répondre aux missions qui leur incombent dans la V2 (management, gestion de projets) ?

On ne peut pas demander aux praticiens de couvrir des responsabilités administratives en plus d'assurer leurs compétences médicales. Il ne s'agit cependant pas d'écarter le médecin qui doit être partie prenante dans le fonctionnement du service mais plutôt sous la forme d'un duo directeur – médecin.

Les premiers projets médicaux se caractérisaient par une superposition des projets de services. Les deuxièmes apparaissaient déjà plus transversaux. Désormais on assiste à un élargissement : le service n'existe plus seul et s'ouvre vers les autres services et vers l'extérieur.

Thème 3 : Déterminer la plus-value de la V2 pour l'utilisateur ?

Question n°7 : Avez-vous eu l'impression que le compte-rendu de la V1 a eu un impact sur l'appréciation des usagers sur l'établissement ?

S'il a eu un impact, il n'est pas connu. Le grand public ne connaît ni l'ANAES ni la signification du terme accréditation. L'ANAES pourrait intégrer le résultat d'enquêtes de satisfaction des patients.

Question n°8 : Comment l'établissement a-t-il répondu (ou compte répondre) à l'exigence de la V2 selon laquelle le patient doit être partie prenante de sa prise en charge (consentement éclairé, traçabilité du bénéfice-risque, confidentialité, etc) ?

Question n°9 : Que pensez-vous de l'impact de la V2 sur la prise en charge du patient par les réseaux et les filières ?

Thème 4 : Perspectives de la V2

Question n°10 : Selon vous, la V2 permettra-t-elle de plus impliquer le corps médical ? (Les acteurs vont-ils jouer le jeu ?)

Question n° 11 : Pensez-vous utile de lier les résultats d'accréditation aux négociations budgétaires ?

Non, en effet la non-qualité a un coût (voir dernier rapport ANAES). Ainsi, les établissements offrant une moindre qualité sont probablement les plus coûteux. Néanmoins, un dysfonctionnement mis en évidence dans le cadre d'une visite d'accréditation peut, pour être corrigé, être intégré au contrat d'objectifs et de moyens (ex : filière restauration défectueuse et reconstruction d'une cuisine).

Question n°12 : La loi relative à l'assurance maladie adoptée le 13 août 2004 remplace le terme « accréditation » par le terme « certification ». Selon vous, quels seront les impacts de ce changement de terminologie ?

La 1^{ère} version du volet d'accréditation a permis de créer un certain état d'esprit par rapport à la qualité et de l'intégrer dans les démarches de soins. La logique des choses voulait que

la phase suivante soit la certification. L'ANAES et l'Agence Française d'Agrément en Qualité se rapprochent. Au sein de l'hôpital, les démarches de certification se multiplient (cuisine, stérilisation...), il est probable que les missions de l'ANAES, à l'avenir, se recentrent sur le soin.

La certification ne devrait pas être couplée avec les autorisations d'activité.
Cette dénomination a pour avantage d'être plus lisible pour le grand public.

ANNEXE 6

DOSSIER DE PRESSE

« ACCREDITATION : BILAN ET NOUVELLES ORIENTATIONS »

ANAES - juin 2003

Accréditation

Méthode d'évaluation externe à un établissement de santé
pour mesurer la dynamique de progrès interne
réalisée pour la satisfaction des patients
par les professionnels de santé

Finalité

L'engagement de l'ensemble des établissements de santé
dans une démarche d'amélioration continue
de la qualité et de la sécurité des soins
pour la satisfaction des patients

Dossier de presse

JUIN 2003

SOMMAIRE

Contexte.....	p 1
Où en est-on aujourd'hui ?.....	p 1
Les acteurs clefs de la procédure.....	p 3
L'utilisateur au cœur de la démarche.....	p 4
Un outil au service du patient, du professionnel et du système de santé.....	p 5

FICHES TECHNIQUES

① L'accréditation en quelques dates et en pratique	p 6
② L'accréditation en chiffres	p 7
③ Résultats de l'enquête d'impact auprès des professionnels – 2002.....	p 8
④ En savoir plus sur les démarches qualité	p 10

Contact presse :

Virginie Lanlo - 01 42 16 73 25
contact.presse@anaes.fr

Contexte

Faire de la qualité des pratiques médicales et de l'offre de soins un élément central de la régulation du système de santé est le choix politique effectué par Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Ce choix a été exprimé lors du conseil d'administration de l'Anaes du 6 février 2003.

Le programme de travail 2003 de l'Anaes, élaboré dans ce sens par l'Agence, prévoit notamment de doubler le nombre d'établissements accrédités par rapport à 2002, en visitant les 650 établissements qui ont demandé leur visite cette année. Ce premier cycle d'accréditation s'achèvera en 2006.

La deuxième procédure est en préparation. Elle sera simplifiée pour renforcer l'évaluation des pratiques cliniques.

Les résultats pourront servir d'outil complémentaire aux Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Cet outil pourra aider à déterminer l'allocation de ressources en référence à l'annexe qualité-sécurité du contrat d'objectifs et de moyens qui lie l'établissement à son autorité de tutelle.

Cette nouvelle politique confère à l'Anaes un rôle stratégique dans l'organisation du système de santé. ●

Le premier cycle d'accréditation des établissements de santé terminé pour 2006

Près de 3 000 établissements de santé composent le paysage sanitaire actuel. Ils sont tous engagés dans la démarche d'accréditation et devront tous être accrédités en 2006, en ayant mis en œuvre les conditions nécessaires à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'Anaes est là pour les accompagner dans cette démarche.

Fondée sur une méthodologie spécifique, élaborée avec les professionnels de santé, basée sur des outils d'analyse acceptés par les professionnels, l'accréditation permet à chaque établissement d'engager régulièrement une réflexion sur son organisation, ses modalités de fonctionnement entre les différents professionnels, ses procédures internes et son type de management.

Si l'accréditation est rendue obligatoire par les ordonnances de 1996, elle n'en demeure pas moins volontaire dans l'engagement. C'est à l'établissement qu'il revient de s'inscrire dans cette démarche, basée sur des principes fondamentaux de responsabilité, de dialogue et d'échanges. L'Agence est à son service pour l'aider dans le délai proposé.

■ Ils sont 795 établissements au 31 mai 2003 à avoir bénéficié d'une visite d'accréditation, soit 26 % du parc hospitalier français, représentant 37 % des capacités en lits. 398 d'entre eux ont leur compte-rendu d'accréditation en ligne sur le site web de l'Anaes, www.anaes.fr ●

Deuxième version du manuel d'accréditation : pour une meilleure appréciation de la qualité du service médical rendu

Les méthodes, les outils, les concepts sont posés. L'accréditation est opérationnelle. Il s'agit aujourd'hui de simplifier la procédure et de faire évoluer les référentiels du manuel d'accréditation pour une meilleure appréciation de la qualité du service médical rendu au patient. La deuxième procédure d'accréditation fera l'objet d'une expérimentation en 2004 avec les établissements volontaires ayant terminé leur premier cycle. Elle sera simplifiée et conservera le principe de transversalité, pour permettre de développer l'évaluation des activités de soins.

Des simplifications pour pousser plus loin dans l'évaluation

Lors de la prochaine procédure, des simplifications seront prises en compte :

telle que par exemple, les résultats des évaluations externes de type certification Iso. L'expérience acquise et les structures mises en place, tels les comités de pilotage, permettront d'optimiser les ressources mobilisées en cours de procédure.

Ces orientations permettront d'apprécier davantage la qualité du service médical rendu au patient. Ces simplifications apportées à chaque étape de la procédure, favoriseront l'application de la mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Une architecture générale à trois étages

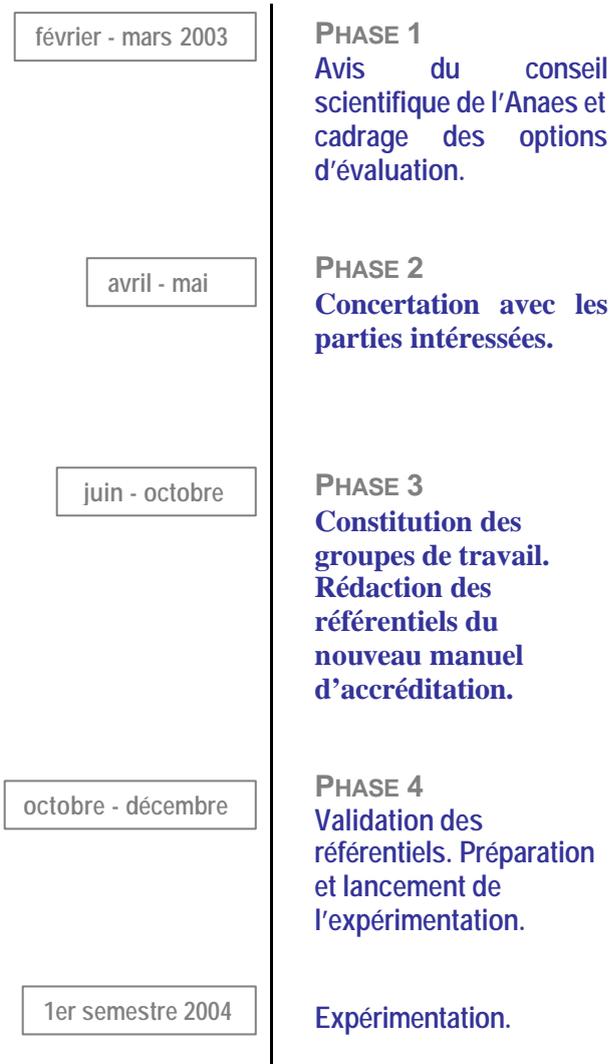
L'architecture générale des référentiels du second manuel d'accréditation a été validée par le conseil d'administration de l'Anaes, lors de la séance du 25 avril dernier.

- ✓ **Des références communes à tous les établissements**
management, gestion des ressources humaines, système d'information, gestion de la qualité et des risques, etc.
- ✓ **Des référentiels communs...**
information du patient, dossier du patient, vigilances, organisation de la prise en charge, etc.
...aux grands types de prise en charge...
médecine, chirurgie, santé mentale, obstétrique, soins de suite et réadaptation, soins de longues durées
...avec des critères adaptés à la prise en charge du patient
pour exemple, l'information requise par le patient s'avère différente en chirurgie et en obstétrique.
- ✓ **Des références ciblées sur l'évaluation des pratiques pour les activités principales basées sur :**
 - l'utilisation de recommandations de pratiques cliniques ou de référentiels adaptés à la pratique
 - l'existence d'évaluation des pratiques cliniques
 - l'utilisation d'indicateurs de mesure

L'élaboration des référentiels d'accréditation donnera lieu à une large consultation des professionnels. Comme pour le premier cycle, des représentants d'associations d'usagers y seront associés.

■ L'expérimentation de la deuxième procédure d'accréditation débutera courant 2004 avec les établissements volontaires ayant terminés leur premier cycle. ●

Calendrier de préparation de la seconde procédure d'accréditation



Les acteurs clefs de la démarche : experts-visiteurs, membres du collège, chefs de projet

Le rôle de ces acteurs dans la démarche a été revu en 2003 pour renforcer la cohérence du processus et l'aide à l'amélioration continue de la qualité. Ils sont présents à chaque étape de la

procédure et apportent leur soutien méthodologique aux établissements.

■ Les experts-visiteurs

Véritables ambassadeurs de l'Anaes auprès des établissements de santé, les experts-visiteurs sont des professionnels de santé en exercice, formés à la démarche qualité. Ils sont les seuls acteurs du processus à avoir une appréciation *in situ* de la dynamique qualité générée par les établissements. Leurs compétences sont continuellement améliorées par la formation et la capitalisation des retours d'expériences. La création de 9 regroupements d'experts par inter-région permet des échanges plus rapides et plus soutenus entre l'Agence et les experts-visiteurs et une meilleure identification en région.

Leurs responsabilités dans la démarche se voient renforcées :

- responsables de la validation de l'exactitude et de la pertinence des auto-évaluations réalisées par l'établissement ;
- responsables des appréciations synthétiques et hiérarchisées de la dynamique qualité de l'établissement ;
- en charge de l'étude des observations des établissements ;
- auteurs des propositions de conclusions de la procédure soumises à la validation du collège de l'accréditation.

■ Les membres du collège de l'accréditation

Le rôle du collège consiste à valider le rapport des experts et à formuler les conclusions qui constitueront le rapport d'accréditation. En cas de réserve¹, celui-ci sollicite soit un rapport ou une visite de suivi pour s'assurer de la mise en place d'actions correctives par l'établissement dans un délai fixé.

Le collège remet un rapport annuel d'activité où il établit un bilan de l'évolution de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé français.

Le collège de l'accréditation est une instance de l'Anaes, indépendante dans ses décisions. Il est composé de 15 membres titulaires et de 15 suppléants, professionnels de santé. Le Collège est présidé par René CAILLET, directeur d'un centre

hospitalier ; Christian CAODURO, directeur de clinique, en assure la vice-présidence

■ Les chefs de projet de l'accréditation

Leur responsabilité est également renforcée dans la conduite globale du processus de l'accréditation. Professionnels de santé ayant exercés en établissement, ils forment une équipe compétente pour informer et aider les établissements à chaque étape de la procédure.

Ils assurent :

- l'assistance méthodologique aux établissements en région au moyen de réunions régionales d'information sur l'accréditation ;
- l'assistance en ligne des établissements de santé ;
- le soutien et assistance des équipes d'experts-visiteurs lors de la visite ;
- la garantie des délais et de la conformité des travaux des experts-visiteurs. ●

La place de l'utilisateur dans la démarche

Le rôle de l'utilisateur dans la démarche est illustré aux différentes étapes de la construction et de la mise en œuvre de la démarche d'accréditation :

- participation de représentants d'utilisateurs aux groupes d'élaboration des référentiels d'accréditation ;
- incitation des établissements à associer des patients ou leurs représentants aux groupes d'autoévaluation constitués sur le respect des droits du patient ou l'organisation de la prise en charge ;
- rencontres de patient et d'organes représentatifs des utilisateurs par les experts-visiteurs lors de la visite d'accréditation ;
- construction de la partie introductive du compte-rendu d'accréditation avec l'aide de représentants des utilisateurs ;
- mise à disposition du public du compte-rendu détaillé *via* l'établissement de santé et le site web de l'Anaes. ●

¹ Fiche ①

L'accréditation, un outil opérationnel au service des acteurs du système de santé

La démarche a pour objectif d'améliorer la qualité des établissements de santé à partir de données objectives et sous la responsabilité des pouvoirs publics. Si l'accréditation a pour objectif final d'améliorer le service rendu au patient, c'est également un outil pour les professionnels et le système de santé français. Ses bénéfices s'apprécient donc à plusieurs niveaux.

■ Un outil au service du patient

L'accréditation doit améliorer la satisfaction du patient autour de deux axes essentiels :

une prise en charge globale de qualité

La qualité des soins et la sécurité sanitaire sont deux droits fondamentaux des patients. L'accréditation doit faire en sorte que la satisfaction du patient soit au cœur de la démarche afin qu'il bénéficie de la meilleure prise en charge possible, grâce aux efforts de tout un établissement pour améliorer la qualité.

La transparence des informations

Parmi les droits des patients figure celui d'être correctement informé, pour pouvoir exercer leur liberté de choix. La procédure d'accréditation est fondée sur l'utilisation de référentiels précis et communs à tous les établissements de santé. À partir de ces référentiels, les comptes-rendus d'accréditation, rendus publics *via* les établissements et le site Internet de l'Anaes, fournissent pour chaque établissement les informations fiables que tout patient est en droit d'attendre de la part d'un système de soins responsable.

■ Un outil au service des professionnels de santé

Chaque année une enquête est conduite auprès d'un échantillon représentatif des professionnels de santé concernés par la démarche. La dernière² confirme l'intérêt fort pour les démarches qualité et l'accréditation. Les premiers bénéfices attendus sont l'amélioration du service rendu au patient et de meilleures façons de travailler entre professionnels.

Une démarche fédératrice et génératrice de changement

L'accréditation mobilise de nombreux professionnels au sein d'un établissement sur les enjeux de la qualité et sur l'évolution de leur fonctionnement entre professionnels pour mieux répondre aux besoins de chaque personne soignée. Elle crée ainsi une dynamique interne de valorisation des efforts engagés au service d'un établissement et de tous les métiers représentés.

■ Un outil au service du système de santé

En inscrivant l'accréditation comme mesure de la dynamique qualité générée par un établissement, l'Anaes offre un outil de référence aux ARH, valorisant la démarche. ●

² Fiche technique ③

1996 Création de l'Anaes. Objectif fixé par les ordonnances de 1996 : l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

1997 Parution du décret relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Anaes. Installation des instances. Observations et échanges internationaux sur les méthodes d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins d'un établissement de santé.

1998 Développement et expérimentation des méthodes, conception des outils. Formalisation de la démarche. Expérimentation auprès de 40 établissements volontaires.

1999 Choix d'une mise à disposition publique des résultats de l'accréditation. Installation du Collège de l'accréditation. Parution de l'arrêté fixant l'engagement dans la procédure d'accréditation. Lancement de la procédure.

2000 Premiers établissements accrédités en juin. Réception de 100 demandes d'engagement.

2001 Parution de l'arrêté modifiant le dossier de demande d'engagement dans la procédure. Engagement massif des établissements de santé. Planification. 97 établissements ont conclu leur procédure.

2002 Évaluation externe de la procédure d'accréditation. Renforcement du rôle de l'expert-visiteur, réduction du délai de remise du rapport du Collège à l'établissement. 300 établissements ont leur compte-rendu en ligne sur l'Internet.

2003 650 établissements ont demandé à être visités. Parution d'une version actualisée du premier manuel d'accréditation. Parution prévue du manuel de la deuxième procédure d'accréditation.

2004 Expérimentation du nouveau manuel auprès des établissements volontaires ayant terminés le premier cycle. ●

Une démarche en 3 temps

- 1 Auto-évaluation de l'établissement sur la base des référentiels du manuel d'accréditation. Les résultats sont transmis à l'Anaes.
- 2 Visite des experts-visiteurs. Le rapport des experts est communiqué à l'établissement pour d'éventuelles observations.
- 3 Conclusion du Collège à partir du rapport des experts et des observations de l'établissement et mise à disposition du compte-rendu. ●

Autour de 10 référentiels

Le manuel d'accréditation comporte d'une part, une partie explicative des principes et des étapes de la procédure et d'autre part, les 10 référentiels se déclinant en 89 références et 298 critères.

Le patient et sa prise en charge

- Droits et information du patient
- Dossier du patient
- Organisation de la prise en charge du patient

Management et gestion au service du patient

- Management de l'établissement et des secteurs d'activité
- Gestion des ressources humaines
- Gestion des fonctions logistiques
- Gestion du système d'information

Qualité et prévention

- Gestion de la qualité et prévention des risques
- Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
- Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux ●

Avec 4 niveaux de conclusion

- 1 **Sans recommandation** - Encouragement à poursuivre la dynamique engagée. Deuxième cycle fixé à échéance de 5 ans.
- 2 **Avec recommandation(s)** - Demande de mise en œuvre et de suivi des mesures préconisées en vue de la prochaine itération dans 5 ans.
- 3 **Avec réserve(s)** - Demande d'un rapport de suivi ou visite ciblée sur la (les) réserve(s) dans un délai fixé par le Collège.
- 4 **Avec réserve(s) majeure(s)** - Demande d'une visite ciblée sur la (les) réserve(s) majeure(s) dans un délai fixé par le Collège. ●

Les visites d'accréditation

Types d'établissements visités	CHU	CH	CHS	HL	CP	PSPH	CLC	Total
Nombre d'établissements visités	43	187	34	48	319	152	12	795
Nombre total d'établissements	84*	547	85	296	1511	466	19	3008
% établissements visités / Nombre total d'établissements	51%	34%	40%	16%	21%	33%	63%	26%
Nombre de lits visités	44086	84058	20548	3858	34445	23868	2305	213168
Total du Nombre de lits	91768	207760	49813	22029	132158	61525	3742	568795
% lits visités / Nombre total de lits	486%	40%	41%	18%	26%	39%	62%	37%

Chiffres au 31 mai 2003 - * plusieurs démarches par entité juridique

Analyse des comptes-rendus d'accréditation disponibles sur le site Internet au 31 mai 2003

Décisions du Collège

	Nombre d'établissements ayant conclu leur procédure	%
Pas de Recommandation	69	17 %
Recommandation	193	49 %
Réserve	129	32 %
Réserve Majeure	7	2 %
TOTAL	398	100 %

Mesures de suivi

	Nombre d'établissement ayant des réserves	%	% des comptes-rendus
Rapport de Suivi	71	52 %	18 % des C.R.
Visite Ciblée	63	46 %	16 % des C.R.
Visite Globale	2	2 %	1 % des C.R.
TOTAL	136	100 %	35 % des C.R.

Répartition par types d'établissements

	CHRU*	CH	CHS	HL	PSPH	CP	CLCC	TOTAL
Sans Recommandation	5	6	0	1	10	44	3	69
Avec Recommandation	5	42	12	6	47	79	2	193
Avec Réserve	14	41	8	4	31	29	2	129
Avec Réserve Majeure	1	5	0	0	1	0	0	7
TOTAL	25	94	20	11	89	152	7	398
MESURES DE SUIVI								
Visite ciblée	10	26	2	0	13	11	1	63
Rapport de Suivi	6	18	6	4	18	18	1	71
Visite globale	0	1	1	0	0	0	0	2

* CHRU = Centre Hospitalier Régional / Centre Hospitalier Universitaire - CH = Centre Hospitalier - CHS = Centre Hospitalier Spécialisé - HL = Hôpital Local - PSPH - Participant au Service Public Hospitalier - CP = Clinique Privée - CLCC = Centre de Lutte Contre le Cancer

L'Anaes a fait réaliser une enquête début juillet 2002 auprès de 900 professionnels de santé, médecins, soignants et directeurs, provenant, pour les 2/3, d'établissements non visités et pour 1/3 d'établissements ayant achevé la procédure d'accréditation. Cette enquête fait suite à une première réalisée auprès des directeurs de 417 établissements de santé en juin 2001. Les objectifs étaient de :

- Connaître les réponses des médecins et soignants quant à leur perception de l'accréditation et de la qualité en santé, et les comparer à celles des directeurs ;
- Comparer les réponses des professionnels d'établissements ayant achevé la procédure à ceux d'établissements non visités ;
- Comparer les réponses des directeurs entre 2001 et 2002.

L'enquête a été réalisée par téléphone entre le 2 et le 11 juillet 2002 dans des conditions strictes d'anonymat par un organisme extérieur spécialisé. L'échantillon comprenait 900 professionnels de santé : 311 directeurs, 321 soignants, 221 médecins et 47 autres.

Les soignants étaient choisis parmi les cadres infirmiers ou les membres de la direction des soins infirmiers, les médecins parmi les membres de la commission ou de la conférence médicale de l'établissement.

Ces professionnels provenaient dans des proportions sensiblement égales d'établissements privés (394) et publics (478) (28 « ne sait pas » ou « sans réponse », NSP/SP) et d'établissements de moins de 200 lits (380) et de plus de 200 lits (447) (73 « NSP/SR »).

Parmi ces 900 professionnels, 283 ou 31,4 % travaillaient dans des établissements ayant achevé la procédure et 617 dans des établissements non encore visités.

Le questionnaire était constitué de deux parties d'importance égale portant, l'une sur les démarches qualité, l'autre sur l'accréditation. Elles reprenaient essentiellement les questions de l'enquête 2001.

LES RÉSULTATS

■ Un intérêt fort pour les démarches qualité et l'accréditation

Chez les directeurs cet intérêt est comparable entre 2002 et 2001. Les réponses des soignants sont similaires. Les médecins ont une perception significativement plus élevée de leur intérêt pour les démarches qualité et pour l'accréditation que les directeurs et les soignants.

L'intérêt est significativement plus élevé chez les professionnels travaillant dans des établissements ayant achevé leur procédure, quelle que soit la catégorie professionnelle des répondants.

■ Une politique qualité qui se structure

Les questions portaient sur :

- la formalisation de la politique qualité et de ses objectifs ;
- la mise en place d'une structure dédiée au développement des démarches qualité et de divers comités liés aux vigilances et à une coordination de gestion des risques ;
- l'existence d'actions de communication régulières, de tableaux de bord concernant les risques et les indicateurs de qualité auprès des instances et du personnel ;
- les actions de formation destinées aux diverses catégories de professionnels.

Pour l'ensemble des professionnels, les réponses à toutes ces questions sont plus fréquemment positives en 2002 qu'en 2001. Et elles sont significativement plus positives pour les professionnels d'établissements ayant achevé leur procédure.

■ L'accréditation, une démarche qui touche la majorité des établissements

Selon les 617 répondants d'établissements non visités, leur établissement a mis en place un comité de pilotage spécifique à l'accréditation dans 81 % des cas (82 % en 2001) qui comprend un usager (37 % contre 23 % en 2001). 63 % de ces

établissements ont réalisé une auto-évaluation à blanc pour fins de diagnostic interne (56 % en 2001).

■ Une démarche à la fois formelle et génératrice de changement

L'ensemble des répondants trouve la démarche « tout à fait » utile (72 %), enrichissante (62%), génératrice de changement (63 %), pédagogique (50 %), susceptible de modifier les pratiques (55 %), formelle (53 %), lourde (69 %), inquiétante (5 %). Pour les soignants dans leur ensemble, elle est significativement plus utile, enrichissante, génératrice de changement, pédagogique, susceptible de changer les pratiques et formelle par rapport aux réponses des directeurs et des médecins.

Les rapports d'accréditation sont « tout à fait » crédibles (57 %), utiles (48 %), clairs (47 %), explicites (47 %), instructifs (44 %), enrichissants (34

%), décevants (6 %) selon les 283 répondants d'établissements ayant achevé la procédure.

Les comptes rendus sont perçus comme « tout à fait » utiles (46 %), clairs (39 %), explicites (37 %), précis (36 %), susceptibles de modifier les priorités de l'établissement (32 %). Les soignants les estiment plus souvent utiles, clairs explicites et susceptibles de modifier les priorités que les médecins et les directeurs.

Les premiers bénéfices attendus de l'accréditation sont l'amélioration du service rendu au patient et de « meilleures façons de travailler ensemble ».

Les autres bénéfices cités sont, dans l'ordre, la diminution du nombre des erreurs, une amélioration des relations avec les usagers et l'obtention d'un label. Les deux premiers sont plus souvent qualifiés de « très importants » par les soignants que par les médecins et les directeurs. ●

■ Sont parues sur www.anaes.fr

1. Supports pédagogiques à l'intention des établissements de santé - mai 2003
2. Complément au manuel d'accréditation - L'hospitalisation à domicile – mars 2003
3. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation - Complément au guide pratique pour les structures d'hospitalisation à domicile – mars 2003
4. Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé – février 2003
5. Préparer et conduire votre démarche d'accréditation – décembre 2002 - actualisation
6. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé : principes généraux – mai 2002
7. Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissements de santé – avril 2002
8. À propos de l'accréditation – septembre 2001
9. Collège de l'accréditation – rapports d'activité – 2000 et 2001
10. Aide à l'utilisation des supports pédagogiques sur l'accréditation – décembre 1999
11. Supports pédagogiques à l'intention des établissements de santé – décembre 1999 (actualisation en cours)
12. Le manuel d'accréditation des établissements de santé – février 1999
13. Démarches qualité des établissements de santé : principes de recours à un prestataire - juin 2001
14. Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité - Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français - avril 1999
15. Préparation de la sortie du patient hospitalisé - novembre 2001

16. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé - août 2000
17. Principes d'évaluation des réseaux de santé - juin 1999
18. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé - Revue de littérature médicale - septembre 1996
19. Les références médicales applicables à l'hôpital - avril 1995 – épuisé
20. Évaluation de la tenue du dossier du malade - juin 1994 (actualisation en cours, parution en juin 2003)
21. L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'audit clinique - juin 1994

■ A paraître sur www.anaes.fr

1. Le manuel d'accréditation des établissements de santé - actualisation
2. Référentiel de management
3. Mesures d'impact de l'accréditation