



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2002 –

**LA DEMARCHE QUALITE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE :
OBJET DE REPOSE FORMEL A L'ACCREDITATION OU OUTIL DE
REFORME DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ?**

– groupe n° 20 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 11 élèves en formation initiale

Animateur : Franck Leduff

Sommaire

Introduction	2
1 De la Qualité à l'accréditation : contexte et définitions	5
1.1 Fondements juridiques de la démarche qualité et de l'accréditation.....	5
1.2 Qualité en santé et démarche qualité : essais de définition	6
1.3 Le contexte français de l'accréditation des établissements de santé.....	8
2 Perceptions et expériences des acteurs	11
2.1 Contexte et dynamique de départ des démarches qualité.....	11
2.2 Les grandes étapes de la mise en œuvre des démarches.....	12
2.3 L'impact des démarches, retour d'expériences.....	14
3 Pérennisation de la démarche qualité : condition d'une véritable réforme des pratiques professionnelles	17
3.1 Qualité et accréditation : quelles articulations ?.....	17
3.2 Propositions pour une démarche qualité pérenne	19
3.3 Perspectives.....	21
Conclusion	25
BIBLIOGRAPHIE	26
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	28
ANNEXES	29
Annexe 1 : Tableau des entretiens.....	30
Annexe 2 : Grille d'entretien.....	31
Annexe 3 : Regroupement des entretiens avec des représentants d'établissements de santé	32
Annexe 4 : Regroupement des entretiens avec les représentants d'institutions	47
Annexe 5 : Regroupement des entretiens avec les représentants des usagers.....	53
Annexe 6 : Démarche qualité et accréditation à l'étranger	56

INTRODUCTION

La Cour des Comptes, dans son rapport annuel sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 ne se contente pas de mettre en évidence la dérive financière des comptes sociaux et de ceux de l'assurance maladie. Elle fustige la gestion hospitalière et avec elle la lenteur des mesures correctrices dictées par l'amélioration de la qualité ou les restructurations indispensables.

Pourtant, les instruments existent, tant dans les textes que dans les faits. D'ailleurs, dès la loi de 1991¹, la démarche qualité et son corollaire : l'évaluation, devaient prévaloir dans l'organisation des soins. Les ordonnances de 1996 n'ont fait que consacrer cette légitime attente de la société et des patients qu'est l'exigence de qualité.

Cette notion, tout droit venue du domaine de l'industrie, met l'accent sur le développement d'un processus interne orienté vers une logique de résultats, dans le cadre d'une stratégie à visée économique. En effet, la non qualité d'une production ou d'une prestation coûte cher. Cette stratégie s'est progressivement imposée dans le domaine de la santé, a priori réputé non marchand.

Les outils et les méthodes de travail ont été transposés en respectant deux approches distinctes. L'une, plus ancienne, tendait à reprendre les principaux standards en vigueur (normes ISO, HACCP : Hazard Analysis Control Critical Point) dans le seul cadre des activités logistiques hospitalières telles que la blanchisserie ou la restauration. L'autre, et c'est l'orientation adoptée par l'Agence Nationale d'Accréditation en Santé (ANAES), mise sur une adaptation aux spécificités du domaine hospitalier, en s'inspirant des modèles étrangers et en particulier du modèle américain de la J.C.A.H.O (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

Cette nécessaire évolution vers la qualité est dictée par le progrès médical et les nouvelles exigences d'un patient devenu désormais client, mais elle tient également compte des impératifs économiques et de la nouvelle perception que l'utilisateur a de la santé.

Cette dynamique, les orientations stratégiques de l'ANAES réaffirmées en octobre 2000 étaient pourtant de nature à la créer. Sur la base des enseignements tirés des premières années d'existence, ces orientations ambitieuses déclinaient un dispositif de nature à mettre en œuvre les outils d'amélioration de la qualité des soins.

¹ Les références complètes des textes juridiques sont présentées dans la bibliographie.

Six ans après la publication des ordonnances instaurant l'accréditation, le constat reste pour le moins mitigé. La Cour des Comptes, très sévère quant aux résultats des premières visites d'accréditation rappelle « *qu'à la fin 2001, seuls 131 établissements ont été accrédités dont 17 sans recommandation, 54 avec recommandations, 47 avec réserves et 13 avec réserves majeures* » sur un total de 3000. La Haute Juridiction n'hésite pas alors à déclarer que l'accréditation telle qu'elle existe « *ne remplit (...) pas la mission définie par l'ordonnance de 1996* » et est également « *décalée par rapport aux attentes des usagers du système de soins* ». Enfin et plus généralement, celle-ci regrette que cette démarche soit moins ambitieuse en France que les procédures mises en œuvre à l'étranger.

A l'horizon 2003, plusieurs écueils semblent expliquer les difficultés de l'ANAES à mettre en place son dispositif : d'une part la sous-évaluation des moyens indispensables à un rythme de visite adéquat au niveau humain et financier, a fortement pénalisé l'ANAES (600 visites devaient avoir lieu par an afin de compléter la première vague d'accréditation pour 2002 ce qui n'est pas réalisé). Plus grave certainement, l'organisme accréditeur n'a sans doute pas su trancher entre une évaluation - directement inspirée des techniques de l'industrie - qui privilégierait la recherche systématique de la qualité d'un côté, et de l'autre une démarche centrée sur les pratiques de soins, à l'instar des exemples étrangers.

Au delà de ces problèmes d'approche théorique, il reste que sur le terrain l'accréditation est vécue diversement, parfois sous la forme d'une évaluation de type « *examen de passage* »². Dans ces conditions, il est difficile de parler de recherche de la qualité en tant que telle et l'on peut se demander en prolongeant le raisonnement, s'il ne s'agit pas, au moyen de l'accréditation pour les établissements de santé, de répondre aux exigences de l'ANAES d'un point de vue essentiellement formel. Cet exposé relatara des expériences variées reflétant cette réalité. Toutefois, la démarche conduisant à l'accréditation a été pour beaucoup un levier qui a permis parfois d'amorcer un réel questionnement sur l'amélioration de la qualité à l'hôpital.

La qualité à l'hôpital a fait l'objet d'une recherche sémantique très précise, qu'il est possible de bien circonscrire dans le champ de l'accréditation et de ses objectifs en matière de qualité (I). Ces notions se retrouvent au niveau des hôpitaux engagés dans leur réflexion sur la qualité et, malgré des constats et des expériences contrastées, quelques traits communs ont rendu possible une vraie dynamique hospitalière autour de ces thèmes (II). Mais c'est par une appropriation véritablement culturelle de la démarche qualité que s'établira sa pérennité, au travers des rounds d'accréditation futurs (III).

² Les citations en italique sans source immédiate sont issues des entretiens que nous avons menés et peuvent être retrouvées en annexe dans le regroupement des entretiens.

METHODOLOGIE

Dans le cadre d'un travail interprofessionnel favorisant l'échange de points de vue, nous avons abordé la problématique de l'articulation entre démarche qualité, accréditation et amélioration des pratiques professionnelles dans les établissements de santé.

Nos documents de travail sont annexés à ce rapport et présentent les interlocuteurs rencontrés, notre grille d'entretien, le regroupement des entretiens.

Notre méthode s'est déroulée en plusieurs phases :

◆ Appropriation du sujet

Nous avons effectué des recherches documentaires pour clarifier les notions. Nous avons débattu et échangé avec notre animateur sur les enjeux de la démarche qualité et les attentes des patients, des professionnels et des institutions.

◆ Construction de la grille d'entretien

La démarche retenue utilise une grille d'entretien « semi-directive » laissant plus d'ouverture à la discussion. Nous avons recensé trois thèmes d'entretien qui s'articulent selon un ordre chronologique : le démarrage, la réalisation et l'impact de la démarche qualité. Chaque thème comprend des items formulés sous la forme de questions ouvertes.

Cette grille a été testée auprès d'un professionnel extérieur au groupe. Après ce test, elle a fait l'objet de modifications et a été validée par l'ensemble du groupe. Cette grille a ensuite été adaptée aux interlocuteurs rencontrés, notamment pour les représentants des usagers.

◆ Choix des interlocuteurs

Nous avons choisi les personnes à interviewer afin d'obtenir un éventail le plus large possible du monde sanitaire. Dix-neuf entretiens ont été réalisés. Notre but était de recueillir les perceptions et les regards d'acteurs très variés, sur une même problématique, selon les critères suivants :

- différentes catégories professionnelles de l'hôpital (personnel paramédical et médico-technique, encadrement infirmier, ingénieur qualité, équipe de direction, médecins)
- acteurs non professionnels de l'hôpital (les représentants des usagers)
- acteurs institutionnels du paysage sanitaire (ARH, FHF, ANAES)
- professionnels travaillant dans des établissements du secteur privé à but lucratif ou public, accrédités ou non accrédités, de taille différente.

◆ Réalisation des entretiens

Nous avons pris le parti de réaliser ces entretiens par binôme « interfilière » lorsque cela était possible. Notre intention était de croiser des sensibilités professionnelles différentes ; il s'agit par ailleurs de l'objectif premier du module interprofessionnel.

◆ Exploitation des résultats

Nous avons retranscrit les entretiens puis regroupés dans une grille d'analyse construite autour des trois thèmes présentés. Une analyse des points de convergence et de divergence a enfin permis de restituer la synthèse d'ensemble que nous présenterons. Cette synthèse nous permet de mettre en regard les différents discours recueillis et de faire émerger les éléments importants au regard de notre problématique. Ces entretiens ont été rendus anonymes aussi bien pour les personnes interrogées que pour leur établissement d'appartenance.

Remarques

Notre travail ne prétend pas offrir une vision exhaustive des opinions ou des situations existantes pour les raisons de temps et le choix méthodologique présenté plus haut. Cette étude permet toutefois d'obtenir une vision significative des situations observables sur le terrain.

Une difficulté réside dans la recherche du point de vue du patient : nous n'avons rencontré que des représentants des usagers avec toutes les réserves accompagnant cette représentativité. Notre travail ne nous permettait pas d'interroger des personnes hospitalisées. Les questions posées aux représentants des usagers en ont tenu compte pour cerner leur implication et leur connaissance réelle de l'hôpital.

1 DE LA QUALITE A L'ACCREDITATION : CONTEXTE ET DEFINITIONS

L'évolution des pratiques professionnelles doit se faire dans le sens de l'intérêt du patient : c'est l'objectif posé par les textes qui s'efforcent de promouvoir la qualité des soins par une autoévaluation et une évaluation externe qui se veulent des leviers pour le développement de démarches qualité véritablement réformatrices.

1.1 Fondements juridiques de la démarche qualité et de l'accréditation

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 a introduit l'obligation pour les établissements de santé de garantir la qualité des soins, notamment au travers de la mise en place d'une « *politique d'évaluation des pratiques professionnelles, de l'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du patient* ».

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée marque un pas supplémentaire car au delà des principes, elle définit le cadre réglementaire dans lequel cette politique va s'exercer .

Trois grands principes sont déclinés dans les textes de l'ordonnance :

- La mise en place d'une régulation régionale de l'offre de soins avec la création des agences régionales de l'hospitalisation responsables de la définition des contrats pluriannuels d'objectifs avec les établissements de santé publics et privés.
- La modification du mode de financement des établissements avec vote au Parlement de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie et répartitions en dotations régionales.
- La qualité et de la sécurité des soins, exigences prises en compte dans le cadre de la contractualisation des établissements de santé avec l'ARH. En ce qui concerne ce dernier point, les exigences de qualité et de sécurité tournent autour de trois thèmes : l'obligation du respect des droits des patients, la mise en place d'une procédure d'évaluation externe de la qualité pour les établissements de santé : l' accréditation, et le développement d'actions d' évaluation des soins s'appuyant sur les bonnes pratiques cliniques définies par l'ANAES.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé confirme l'orientation prioritaire du système vers la qualité dès son intitulé. Néanmoins, ce texte fondateur ne s'attache qu'à certaines facettes de la qualité hospitalière tels que

l'information ou le consentement éclairé et n'apporte que peu de réformes à l'édifice juridique promouvant une amélioration continue de la qualité des soins.

1.2 Qualité en santé et démarche qualité : essais de définition

Le caractère multidimensionnel de la qualité en fait une notion difficile à définir. Il faut donc préciser ce que recouvre l'idée de qualité avant de comprendre en quoi consiste les démarches qualité et notamment celles mises en œuvre par les établissements de santé.

Objet d'une littérature foisonnante, le terme « qualité », tout autant qu'il s'impose, semble insaisissable. En effet, donner une définition de la qualité ne va pas de soi : tout dépend du point de vue adopté. Pour un consommateur, la qualité désigne l'aptitude d'un produit à satisfaire ses besoins, qu'ils soient exprimés ou non. Pour un producteur, la notion de qualité renvoie à l'aptitude à produire au moindre coût et dans un délai donné des produits satisfaisant les besoins des clients. Pour un manager, elle est davantage considérée comme la mise en œuvre d'une politique qui tend à la mobilisation permanente de tous les personnels dans le but d'améliorer le fonctionnement d'une organisation et la cohérence de ses objectifs. Enfin, la collectivité a tendance à envisager la qualité comme la capacité d'une organisation à créer de la valeur ajoutée et à la partager au mieux entre les parties prenantes en respectant l'environnement. C'est ainsi que la qualité renvoie, pêle-mêle, aux biens et aux services autant qu'aux systèmes qui les produisent, à l'efficacité des organisations autant qu'à leur efficience (rapport entre le résultat obtenu et les ressources utilisées), aux bénéfices individuels autant que collectifs.

Face à ces différents points de vue, l'Association Française de Normalisation (AFNOR) propose une définition unifiée de la qualité. Cette dernière est présentée comme « *l'ensemble des caractéristiques intrinsèques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des exigences* ». Notons que le souci de généralité est respecté par le choix de la terminologie employée. Ainsi l'entité considérée désigne aussi bien un produit que le processus qui lui donne naissance ; les exigences, elles, renvoient à l'idée d'attente ou de besoin, aussi bien exprimé qu'implicite.

Dans le secteur sanitaire, la qualité est définie par l'Institute of Medicine comme la « *capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances du moment* »³. Comme la définition de la qualité différerait selon le type

³ Hurlimann C., 2001, p24.

d'acteur considéré dans le système économique, la perception de la qualité en santé varie selon l'acteur envisagé dans le système de santé.

La qualité des soins selon les patients conduit à mettre en avant des aspects tels que la communication avec les soignants, les délais d'obtention d'un rendez-vous, les conditions hôtelières d'un séjour dans un établissement de soins, ... etc. Pour autant, l'information croissante du public par les médias sur les progrès de la médecine tend à rendre les patients plus attentifs à l'excellence technique.

La qualité des soins vue par les professionnels de santé met d'emblée l'accent sur la dimension technique, qui recouvre les compétences des professionnels et l'opportunité d'exécution des soins. Les professionnels soulignent aussi l'importance de la qualité de la communication avec le patient, d'une part, et de la capacité à maintenir sa confiance, d'autre part. Enfin, la qualité du processus de prise en charge du patient ainsi que celle de la chaîne des soins sont citées par le personnel soignant.

La qualité des soins lorsqu'elle est envisagée par les organismes payeurs et les pouvoirs publics intègre l'idée d'efficacité du système : il s'agit de répondre du mieux possible aux besoins des patients en fonction des ressources disponibles. Ainsi les projets d'amélioration de la qualité des soins ont souvent pour objectif la maîtrise des dépenses et sont donc fondés sur l'hypothèse que les coûts liés à la qualité sont inférieurs aux coûts du résultat de la non-qualité. Cette hypothèse, avancée par les pouvoirs publics, n'est pas souvent partagée par les professionnels de santé, pour qui une plus grande qualité nécessite plus de moyens.

Une démarche qualité désigne une série d'actions visant à améliorer la qualité. Elle s'appuie sur l'existence de référentiels internes et/ou externes et sur la réalisation d'un audit qualité mené soit en interne soit par un organisme extérieur. Cet audit donne la possibilité de comparer la situation dans laquelle se trouve l'établissement de santé à une situation considérée comme idéale dans l'absolu. Les résultats de l'audit permettent de définir un plan d'amélioration de la qualité qui, négocié avec les différents personnels de l'établissement, conduit à la mise en place : d'un Contrôle Qualité (CQ), d'une Amélioration Continue de la Qualité (ACQ), d'une Assurance Qualité (AQ).

Le Contrôle Qualité conduit à rechercher des anomalies, à l'aide d'inspections ou d'audits ciblés, pour agir sur leurs causes.

L'Amélioration Continue de la Qualité désigne une activité régulière permettant d'accroître la capacité d'une entité à satisfaire aux exigences. L'ACQ consiste en la répétition permanente d'un processus d'amélioration de la qualité cyclique, allant de l'existant jusqu'à la mise en œuvre d'actions censées améliorer cette situation. L'analyse de la nouvelle situation, modifiées par ces actions, sert de point de départ à un nouveau cycle.

L'assurance qualité est l'ensemble des activités préétablies et systématiques mises en œuvre pour donner la confiance appropriée qu'une entité (en l'occurrence un établissement de santé) satisfera aux exigences de la qualité. Soulignons l'importance de l'emploi du futur pour définir l'AQ.

Pour mémoire en matière de soins, la qualité se définit selon l'OMS comme :

« la démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

1.3 Le contexte français de l'accréditation des établissements de santé

La loi du 31 juillet 1991 dispose dans l'article 30 que : *« L'organisation des soins et le fonctionnement médical des établissements publics de santé autre que les hôpitaux locaux, font l'objet d'une évaluation à l'issue d'un délai de cinq ans ».*

Ce périmètre d'intervention a été élargi par l'ordonnance du 24 avril 1996, et actuellement sont concernés tous les établissements de santé au sens juridique du terme, ainsi que les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé et les réseaux de soins.

Pour l'instant les activités médico-sociales, même lorsque celles-ci s'exercent au sein d'un établissement de santé, en sont exclues. Les activités d'enseignement et de recherche n'entrent pas non plus dans le champ de l'accréditation.

Cette démarche obligatoire d'évaluation a pour objectif :

*« L'appréciation de la qualité et la sécurité des soins, l'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient, la formulation de recommandations explicites, l'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité ».*⁴ Elle permet également de reconnaître la qualité des soins dans les établissements de santé et de promouvoir l'amélioration continue de la confiance du public.

*« Ainsi les résultats de l'accréditation seraient susceptibles de fournir des éléments utiles pour apprécier et comparer la qualité des prestations offertes ».*⁵

⁴ ANAES, Manuel d'Accréditation des établissements de santé, Février 1999

⁵ DUPUY O, La gazette de l'hôpital, décembre 2001, n°35

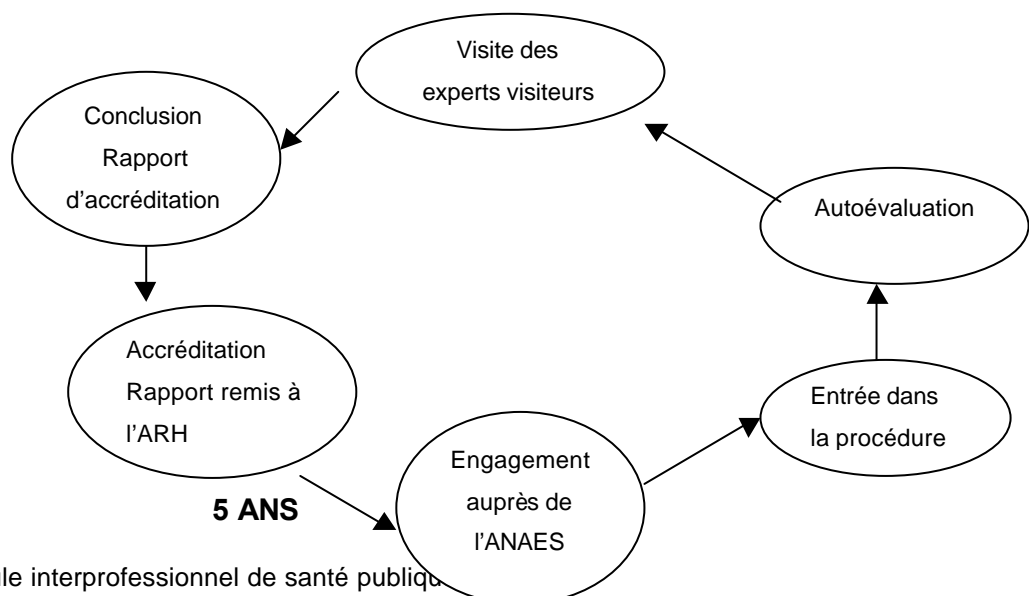
Toutefois cette procédure se distingue d'autres démarches existantes : ce n'est ni une démarche de planification, ni une procédure d'autorisation ou d'allocation de ressources. Le manuel d'accréditation poursuit en ajoutant que l'accréditation ne constitue ni une inspection ou un contrôle de conformité, ni une évaluation des compétences individuelles ou une certification.

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé public, privé ou militaire, visant à s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé. Elle s'applique aux activités des établissements de santé qui participent directement et indirectement à la prise en charge du patient. Elle est effectuée par des professionnels indépendants de l'établissement et des organismes de tutelle, et concerne plus de 3000 établissements en France.

Cette procédure, conduite par l'ANAES, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité de l'organisation d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs de ses services ou activités. Cette appréciation est réalisée à l'aide d'indicateurs (outils de mesure), de critères (énoncé d'un moyen ou d'un élément permettant de satisfaire une référence), de références (énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins de qualité) et de référentiels (ensemble de références concernant un domaine d'activité d'un établissement de santé) portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

L'engagement est à l'initiative de l'établissement de santé dans un délai de cinq ans à compter de la date de publication de l'ordonnance du 24 avril 1996 (article L 710-5 du code de la santé publique).

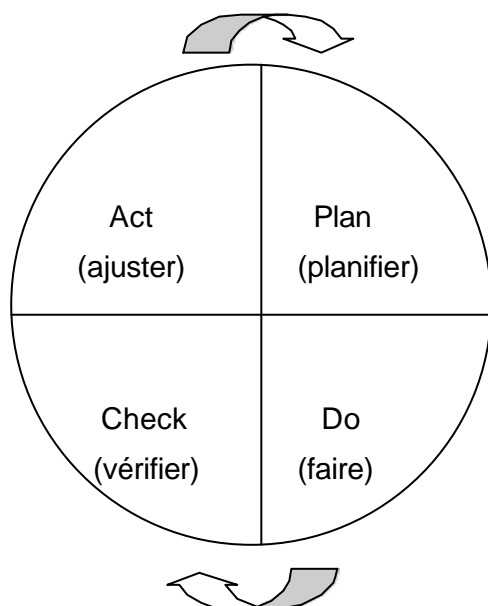
Les étapes de la procédure d'accréditation



L'ambition que poursuit l'ANAES est d'améliorer la qualité des soins offerts à la population en développant des méthodes et outils d'amélioration de la qualité des soins et en favorisant leur mise en œuvre, et en évaluant l'impact des actions développées.

La phase d'autoévaluation réalisée par les établissements de santé leur permet d'évaluer les écarts entre leurs pratiques et la norme à partir des référentiels diffusés par l'ANAES et de mettre en place des actions correctives en cas de lacunes. L'accréditation devrait donc constituer un levier important pour réformer les pratiques professionnelles et améliorer la qualité des soins.

Ces actions doivent être continues pour pouvoir parler d'amélioration continue de la qualité qui constitue une des exigences majeures de l'ANAES⁶. Le schéma suivant illustre le principe d'amélioration continue de la qualité par la roue de Deming (ou cycle PDCA).



A partir des définitions que nous venons d'évoquer, nous pourrions dans une deuxième partie rendre compte des expériences des professionnels relatives à la démarche de qualité.

⁶ VANDENMERSCH.V, Quel avenir pour la fonction « audit interne » dans les hôpitaux, Bulletin juridique de la Santé Publique n° 30, Juin 2000, Editions Tissot.

2 PERCEPTIONS ET EXPERIENCES DES ACTEURS

Nos entretiens nous ont amené à rencontrer des représentants d'institutions régionales et nationales, des personnels d'établissements de santé publics et privés, et des usagers siégeant au conseil d'administration des centres hospitaliers. Leur analyse sera articulée selon les trois grands thèmes abordés dans le guide d'entretien :

- appréhender le contexte et la dynamique de départ d'une démarche qualité et de l'accréditation
- repérer les grandes étapes de la mise en œuvre des démarches
- apprécier l'impact des démarches

2.1 Contexte et dynamique de départ des démarches qualité.

A la lumière des entretiens, des points communs et des divergences ont été constatés dans les différents établissements de santé. Les divergences tiennent au fait qu'une démarche qualité existait antérieurement ou non à l'obligation d'accréditation, à la taille de l'établissement, à son statut juridique (public ou privé à but lucratif) Les avis des institutionnels et des usagers apparaissent sous forme de tableaux.

Les divergences

D'une part, l'initiative émanait de catégories professionnelles différentes, lorsque la démarche qualité était antérieure à l'accréditation : des médecins (initiatives ciblées sur un service ou un secteur : GBEA, normes ISO pour services d'imagerie médicale) ; des directions (expérimentations avec l'ANDEM, mise en place de l'HACCP...).

D'autre part, la perception de l'accréditation a été vécue différemment selon le niveau de la démarche qualité de l'établissement. En l'absence de démarche qualité avant l'obligation d'accréditation, elle a été le levier d'une amélioration continue des pratiques. En revanche, l'accréditation n'a pas forcément été ressentie comme « *un plus* » lorsqu'une démarche qualité existait auparavant. Elle a même été dans plusieurs établissements enquêtés un frein à la poursuite de cette démarche.

L'ARH	pense que l'accréditation et la démarche qualité sont dissociées dans les établissements
La FHF	estime que l'accréditation a été incitative pour initier la démarche qualité
L'ANAES	« <i>Il n'y a pas d'accréditation sans démarche qualité</i> » S'il y avait une démarche qualité antérieure : l'accréditation est une reconnaissance du chemin parcouru. S'il n'y avait pas de démarche qualité : l'accréditation est le facteur déclenchant pour construire un programme d'amélioration continue de la qualité
REPRESENTANTS DES USAGERS	n'ont reçu qu'une information générale sur la démarche qualité et l'accréditation, auxquelles ils n'ont d'ailleurs pas été associés

Les points communs

Afin de rendre opérationnelles les démarches, les établissements ont créé des équipes dédiées à la qualité/accréditation dont la taille, l'autonomie et la qualification varient selon la dimension des établissements et l'engagement de leurs acteurs.

Les attentes autour de ces démarches se retrouvent sur le repérage des non conformités, l'amélioration de la prestation et la professionnalisation des personnels.

2.2 Les grandes étapes de la mise en œuvre des démarches

La démarche qualité

Son développement était d'importance variable en fonction des situations locales. Trois exemples présentant des démarches très élaborées sont cités :

Établissement	Actions réalisées
CHU 1	<ul style="list-style-type: none">- 1995 : mise en place d'un comité de pilotage et élaboration d'un référentiel propre à l'établissement avant la parution de celui de l'ANAES.- création de 11 groupes de travail qui ont défini un plan d'action de mesures d'amélioration de la qualité- parallèlement, organisation d'une gestion documentaire sur l'ensemble du CHU- cette démarche a bénéficié de l'engagement de la direction
CHU 2	<ul style="list-style-type: none">- 1996 : engagement dans les programmes assurance qualité de l'ANDEM portant sur la sécurité transfusionnelle et le dossier du patient- toujours en partenariat avec l'ANDEM, 3 projets d'audit clinique relatifs aux soins infirmiers- hors ANDEM, audit organisationnel dans les 3/4 des services de l'établissement- parallèlement à ces actions de terrain, la direction, l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité ont été formés à la qualité
CH 1	<ul style="list-style-type: none">- les actions en terme de qualité ont été orientées sur le laboratoire, la lutte contre les infections nosocomiales et les services logistiques

Ces hôpitaux ont un regard critique sur l'accréditation instaurée postérieurement à leur engagement dans une démarche qualité. Leurs critiques portent sur ces points :

- les ordonnances de 1996 ont institué l'accréditation alors que l'ANAES n'avait pas réalisé les outils pour l'engagement de cette démarche. Les hôpitaux ont dû faire face à une double logique : leur méthodologie d'évaluation et celle imposée par l'ANAES.
- les réserves et les recommandations formulées par le rapport d'accréditation ont interféré avec les actions déjà entreprises.

L'accréditation

Les établissements ont suivi la méthodologie préconisée par l'ANAES basée sur la réponse aux référentiels. Chaque établissement a répondu aux référentiels en fonction de leur taille et de leur organisation.

Par exemple, un CHU organisé en pôles a choisi de découper les référentiels de la façon suivante : ceux centrés sur le patient ont été évalués au niveau des pôles et ceux

jugés transversaux sur l'ensemble de l'hôpital. Un centre hospitalier a évalué chaque référentiel au niveau des services concernés.

Le choix a été pour tous la participation d'un maximum d'agents, sur la base du volontariat. Les animateurs des groupes d'auto-évaluation reflétaient l'ensemble des catégories professionnelles afin de favoriser l'échange entre les divers métiers de l'hôpital. L'effort a porté sur une politique de communication intensive par le biais de tous les supports existants et de réunions d'information exceptionnelles, y compris pour le personnel de nuit.

L'ARH	N'a pas connaissance de la méthodologie utilisée par les établissements de sa région. Pour elle, l'accréditation est plus l'évaluation des moyens pour obtenir un résultat satisfaisant que celle d'un niveau de résultat
La FHF	Elle juge la démarche positive dans le sens où elle permet de pratiquer un diagnostic de l'organisation mais critique l'absence d'évaluation des résultats
L'ANAES	La logique est celle de l'évaluation d'une organisation et d'une pratique collective, et non pas des individus

Points faibles :

Les freins rencontrés au cours de ces démarches sont de plusieurs ordres : propres à la structure elle-même, culturels et économiques. La culture des établissements de soins était celle du service et donc d'un fonctionnement plutôt cloisonné. La démarche qualité et l'accréditation obligent à concevoir le travail de façon transversale basée sur le processus de prise en charge globale du patient. Les personnels doivent retrouver de nouveaux repères à l'intérieur de ces changements. Il est donc nécessaire pour le personnel de s'approprier ce concept de manière concrète, ce qui demande un positionnement clair de la direction et une diffusion de l'information large et organisée.

Une partie du corps médical ne se retrouvait pas dans cette dynamique, ne voyant pas l'intérêt des critères évalués. Les médecins les considéraient plus comme une évaluation de l'organisation que des pratiques et des résultats. De ce fait, ils se sont peu impliqués au départ dans la démarche.

De plus, ce type de démarches est qualifié de « *chronophage* ». Elles ont donc un coût humain et économique indéniable, sans retombées immédiates sur l'établissement. La question primordiale est de dégager du temps de travail pour la participation des agents.

L'ARH	L'impact de l'accréditation est limité car elle n'est pas un outil d'allocation de ressources, néanmoins, un rapport d'accréditation favorable est un « <i>point positif</i> » dont l'ARH tient compte. Inversement, un rapport défavorable peut être un « <i>point négatif</i> » pour l'établissement. L'autre réserve émise porte sur le fait que l'ANAES n'évalue pas les pratiques ; l'évaluation de la pratique médicale semble difficile à mettre en œuvre
La FHF	Considère que le manque de postes est un frein à la mise en œuvre d'une démarche qualité/accréditation car la qualité « <i>consomme du temps</i> ». De plus, le projet d'établissement ne comporte pas de projet qualité ; proposition non retenue dans la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002. Enfin, l'ANAES se positionnerait contre toute autre forme d'évaluation de la qualité et s'oppose à des démarches autres que les référentiels telle que la qualité totale à travers la certification
L'ANAES	Il est difficile d'impliquer les représentants médicaux. Le système est jeune : il est nécessaire de laisser la démarche s'installer, car elle est lente et progressive. On peut regretter le manque « <i>d'interface lisible</i> » entre l'accréditation et l'ARH ; cela pourrait être envisagé dans le cadre de l'élaboration des 2 ^{èmes} Contrats d'Objectifs et de Moyens (COM). La norme ISO est un processus global et non pas une démarche professionnelle, contrairement à l'accréditation : « <i>qu'est ce que l'ISO peut apporter en plus ?</i> »

Points forts :

L'auto-évaluation est considérée comme un temps majeur de la démarche d'accréditation. Elle génère une dynamique de l'ensemble de l'établissement, permet un décloisonnement, et fédère autour d'un projet commun direction, personnel administratif, soignant, médico-technique et technique. Elle valorise les projets existants et favorise l'implication de l'ensemble des personnels qui développent un sentiment d'appartenance à l'institution. La formalisation des pratiques induit une transparence dans le travail quotidien qui a pour effet bénéfique de limiter les dérives individuelles.

L'ARH	Estime que la qualité fait partie intégrante de l'offre hospitalière et que l'approche d'un niveau de qualité est un indicateur du niveau de soins des établissements
La FHF	L'accréditation est une première étape dans une grande réforme qui est celle de la qualité totale dans les établissements de santé
L'ANAES	L'accréditation a été un moteur important et un vecteur de communication. L'immense majorité des établissements de santé se prépare à l'accréditation. A cette fin, ils ont mis en place une structure qualité et pour certains une démarche qualité. Il y eu un réel effet levier
REPRESENTANTS DES USAGERS	La démarche de l'accréditation permet de remettre en cause une certaine routine et amène chacun à réfléchir sur ses pratiques professionnelles au quotidien

2.3 L'impact des démarches, retour d'expériences

Satisfaction des attentes

Les attentes ont été satisfaites pour certains établissements qui ont noté un impact fort de la démarche qualité au niveau de la culture et du fonctionnement des services avec notamment l'implication des acteurs dans un travail inter-professionnel et transversal.

Cette démarche a amené à un décloisonnement des services et des secteurs d'activité et à une implication plus importante du corps médical accompagnés d'une valorisation du travail et d'une communication autour des résultats.

L'impact de la procédure d'accréditation est ressenti différemment en fonction des établissements et des conclusions émises par le collège de l'accréditation. Si la procédure d'accréditation est le plus souvent définie comme une réponse positive aux attentes de l'établissement, elle est peut être aussi ressentie avec déception comme c'est le cas pour deux centres hospitaliers interrogés. Elle est alors décrite comme une machine lourde à mettre en œuvre et dont les référentiels n'abordent qu'une partie des activités en excluant les pratiques professionnelles. Le fait que les référentiels utilisés n'aient pas fait intervenir directement l'avis des usagers concernant l'organisation des soins est également reproché.

Dans certains cas, les conclusions ont répondu aux attentes de l'établissement et ont alors constitué un moteur pour focaliser la démarche sur les problèmes mis en évidence par les recommandations ou réserves émises. Certaines réserves ont pu avoir un effet positif de nature à induire un changement. Lorsque les conclusions ont permis de valoriser le travail du personnel (absence de recommandations ou réserves), elles ont pu représenter un moteur pour pérenniser la démarche qualité. Les préconisations de l'ANAES et les conclusions de la procédure d'accréditation ont, dans certains établissements, représenté le support de plans d'actions post-accréditation et ont permis d'installer les équipes dans une démarche d'amélioration continue de qualité.

Dans d'autres cas, les conclusions du collège n'ont pas été en adéquation avec celles de l'établissement. L'accréditation a alors représenté une source de déceptions et de contestations entraînant démobilisation des équipes et rupture dans la dynamique de la démarche, voire à stopper la démarche qualité telle qu'elle avait été commencée : *« la deuxième réserve sur la confidentialité a cassé la dynamique maintenue après l'autoévaluation du fait du délai très long du rapport »*.

L'ARH	Pour de nombreux établissements de soins, la procédure d'accréditation est engagée. Mais pour un grand nombre d'entre eux, l'accréditation en est encore à ses balbutiements et ceci indépendamment de l'avancée dans la démarche qualité de l'établissement
L'ANAES	Aujourd'hui, l'immense majorité des établissements de santé se prépare à l'accréditation et un des succès de la procédure est sa « visibilité ». Le défaut de ce système est sa jeunesse : les actions qualité sont plus formalisées qu'évaluées
REPRESENTANTS DES USAGERS	La politique de communication de la part des directions a été insuffisante que ce soit en direction des usagers comme des soignants

Bénéfices et évolution de la démarche qualité

« L'implication dans la démarche qualité permet de répondre à des situations nouvelles grâce à l'acquisition d'actions réflexes autour de la culture de l'écrit et du partage

de l'information ». Elle a apporté la culture du travail en commun, une motivation plus forte, une mobilisation autour de projets communs et une amélioration des relations inter-professionnelles. L'organisation générale de l'établissement et l'organisation du travail ont également été améliorées dans de nombreux cas. Elle a enfin permis d'améliorer les prestations proposées aux usagers en harmonisant les pratiques et en permettant la reproductibilité des résultats selon le RAQ (responsable Assurance qualité) interrogé.

En l'absence de démarche qualité préalable, l'accréditation seule risque de ne pas suffire à initier une démarche qualité pérenne au sein de l'établissement. L'accréditation est ressentie non pas comme une finalité mais comme un « levier » de la mise en place de cette démarche.

Les enjeux actuels sont d'obtenir plus d'implication des médecins, de développer la communication interne et d'accompagner l'appropriation de la démarche dans tous les services. Plus tard, la difficulté est d'entretenir la motivation, de faire perdurer cette démarche vers une démarche continue avec élaboration d'indicateurs de suivi.

Enfin, les référentiels de l'accréditation devront tenir compte des normes européennes et internationales afin de donner plus de crédibilité à cette démarche.

L'ARH	S'il ne s'agit pas au niveau de l'accréditation d'évaluer un niveau de résultats (comme c'est le cas lors de l'attribution de label), cette procédure crée une obligation de moyens à mettre en œuvre pour tendre vers un résultat satisfaisant. Elle permet également la standardisation des procédures. L'ARH ne peut ignorer la dimension qualité dans la conduite de sa politique de santé au niveau hospitalier mais l'évaluation de la qualité selon l'ANAES est un outil difficilement utilisable car incomplet. Elle n'évalue en fait que l'environnement du soin et non les pratiques
L'ANAES	L'implication dans une démarche qualité a généré un décloisonnement, une dynamique pluriprofessionnelle et a représenté un facteur de changement culturel très important. Dans l'avenir, le problème du suivi des réserves émises se pose dans cet environnement hospitalier mouvant, notamment dans le secteur privé. Dans les perspectives de développement de l'accréditation, le lien entre l'organisation collective de la prise en charge de l'utilisateur et l'évaluation des pratiques professionnelles sera renforcé. Dans le temps, il y aura évolution des référentiels en élevant le niveau d'exigence. Une refonte du manuel d'accréditation est envisagée mais les axes de réforme restent à dégager
Représentant usagers	La démarche qualité peut amener chacun à réfléchir sur sa pratique professionnelle et remettre en cause une certaine routine. L'accréditation peut de plus satisfaire le besoin de reconnaissance de la part du personnel soignant.
LA FHF	Bien que l'ANAES s'en défende, l'accréditation pourra être prise en compte comme critère de planification et d'allocation de ressources

De ces témoignages, on peut tirer des enseignements qui enrichiront notre réflexion dans une troisième partie.

3 PERENNISATION DE LA DEMARCHE QUALITE : CONDITION D'UNE VERITABLE REFORME DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

3.1 Qualité et accréditation : quelles articulations ?

De l'analyse des entretiens ont émergé plusieurs pistes de réflexion sur la façon dont les acteurs perçoivent l'apport de la démarche qualité dans leur établissement.

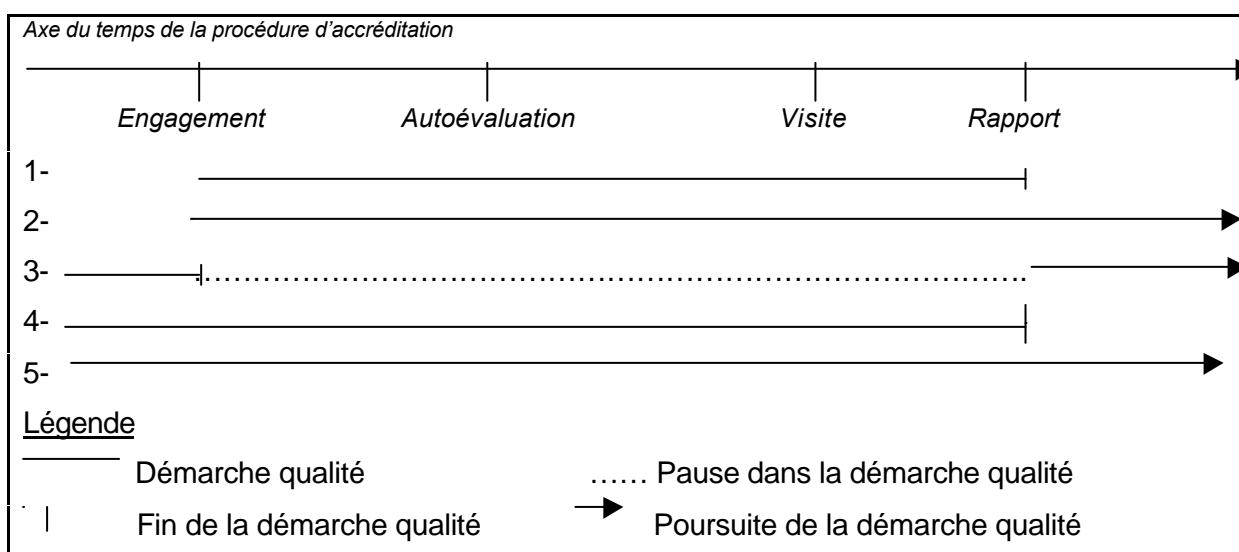
Tout d'abord, la démarche qualité a été une plus-value pour l'établissement. En effet, elle a permis de manière générale d'améliorer les prestations fournies et l'organisation des soins. Cette amélioration se traduit par une meilleure efficacité des activités, par une plus grande efficacité à travers la mise en place de procédures, et par l'émergence d'une cohésion au sein du personnel des établissements.

Ensuite, si le constat global sur la démarche qualité est positif, les entretiens apportent des informations concernant les facteurs sur lesquels il serait intéressant d'agir afin de rendre la démarche qualité pérenne dans ces établissements. Nous avons pu retenir des idées telles que le renforcement de l'implication des médecins dans la démarche, ou encore le temps qui doit être laissé aux personnes impliquées afin d'intégrer cette démarche qualité et de se l'approprier.

Enfin, les acteurs considèrent que l'accréditation a été une amorce vers la qualité pour les établissements qui n'avaient pas de démarche qualité antérieure. Dans le cas contraire, l'accréditation a pu s'avérer pénalisante, d'autant plus qu'elle est intervenue dans un contexte de réorganisation du travail liée au passage aux 35 heures.

Ainsi a pu être dégagée une typologie de l'articulation entre démarches qualité et accréditation.

Typologie de l'articulation entre démarches qualité et accréditation



Cette typologie constitue la formalisation de l'ensemble des trajectoires observées. C'est à partir des cas listés que nous pouvons proposer différentes pistes de réflexion.

- **cas 1** : l'accréditation a été l'occasion d'initier une réflexion sur la qualité. Mais cette dynamique n'a pas perduré après le rapport de l'ANAES. Ce cas de figure nous interroge sur les moyens à mettre en œuvre pour que cette dynamique soit maintenue.
- **cas 2** : l'établissement débute sa démarche qualité lors de l'engagement dans la procédure d'accréditation, et la poursuit après le rapport de l'ANAES. Il est intéressant de déterminer les facteurs qui ont favorisé la prise de relais par l'établissement et ont permis de pérenniser la démarche qualité.
- **cas 3** : l'établissement avait une démarche qualité avant son engagement dans la procédure d'accréditation, la met en attente durant la procédure, puis la redémarre après le rapport de l'ANAES. Cette démarche qualité était soit très ancienne dans l'établissement ou dans un de ses services, soit induite par la perspective prochaine d'une accréditation, après les ordonnances de 1996. C'est l'exemple type d'une réponse formelle d'un établissement à l'accréditation, cette réponse formelle n'ayant pas systématiquement un impact négatif sur la démarche de fond existante.
- **cas 4** : l'établissement avait une démarche qualité avant son engagement dans l'accréditation, qui durera tout le temps de la procédure, puis s'achèvera avec l'arrivée du rapport de l'ANAES. Ce cas illustre les effets pervers de l'accréditation. Les rapports d'accréditation émettent parfois des réserves qui sont très mal vécues par le personnel de l'établissement qui s'était investi dans la démarche qualité. Ces rapports entraînent alors une démobilisation des personnes engagées : la démarche qualité continue au sein de la cellule de pilotage mais n'est plus perçue sur le terrain, à tel point que l'on peut considérer qu'elle est terminée.
- **cas 5** : l'établissement avait une démarche qualité avant son engagement dans l'accréditation, qui durera tout le temps de la procédure, et qui continuera après l'arrivée du rapport de l'ANAES. Ce cas est le schéma idéal mais non irréaliste : il a été rencontré sur plusieurs lieux d'entretien. C'est sur ce type d'expériences qu'il convient de réfléchir afin d'analyser la méthode qui a été utilisée par ces structures afin d'obtenir une démarche qualité pérenne.

Les enseignements qui ressortent de ces typologies sont nuancés : l'accréditation est un levier puissant qui a largement permis de promouvoir au niveau national la démarche qualité dans les établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. Toutefois, il semble qu'elle aille parfois à l'encontre de son objectif en freinant les démarches qualité existantes et en démobilisant les équipes. Cette démobilisation peut engendrer l'impression que tout

s'est arrêté. Cette perception par les professionnels hospitaliers souligne que sans l'implication des personnels, la démarche qualité peut n'être qu'une déclaration d'intention.

Certes, nombre d'hôpitaux se sont engagés dans une politique qualité en conséquence de l'obligation d'être accrédités posée par les textes de 1996, avec éventuellement quelques années ou quelques mois d'avance sur leur demande d'engagement.

Par ailleurs, l'autoévaluation représente un outil de découplage et de management important qui permet de faire communiquer dans une logique transversale les différents services ou fonctions de l'hôpital. Cet instrument constitue un atout fort de réformes des pratiques professionnelles, toutefois les pratiques soignantes et médicales demeurent largement en dehors du champ de l'accréditation.

Dans ce contexte, les choix risquent de se faire au détriment d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, freinée tous les 5 ans par une surcharge de travail avec une méthodologie propre à laquelle il est reproché d'être trop rigide pour être en adéquation avec d'autres orientations privilégiées par les établissements. L'autoévaluation centrée sur les référentiels ANAES peut compromettre le cycle des évaluations puis les actions correctives choisies par la structure, voire s'oppose à certaines des méthodes qualité privilégiées (certification ISO). Facteur de réflexion et de promotion de la qualité, l'accréditation mise en œuvre par l'ANAES n'a pas répondu aux attentes qu'elle avait suscitées.

3.2 Propositions pour une démarche qualité pérenne

De l'analyse des entretiens émerge un consensus. La démarche qualité dans les établissements de santé apparaît plus comme un outil de réforme des pratiques professionnelles que comme un objet de réponse formelle à l'accréditation. La question est de savoir comment pérenniser une démarche qualité pré-existante, ou mise en place à l'occasion de l'accréditation.

La culture qualité : facteur de changement

La culture de la qualité conduit les acteurs du système à adopter une vision commune tout en identifiant clairement le rôle de chacun dans ce système. Ceci a pour conséquence une mobilisation des acteurs sur un projet commun en les cadrant grâce aux normes mises en place. L'instauration de cette culture peut être réalisée de diverses façons : formation, information, travaux de groupe, etc.

La pérennisation d'une démarche qualité passe donc par la maturation de cette culture commune, mais également par la modification des approches. En effet, il s'agit désormais de changer de regard sur les actions d'évaluation en passant d'une vision d'évaluation-sanction, à une approche d'évaluation dans le cadre d'une démarche par projet.

La culture de la qualité ne pourra être développée sans l'appropriation préalable de la méthodologie de projet. Cette méthode permet d'introduire une culture du changement et de l'amélioration. C'est en déterminant un niveau requis et en mesurant la différence avec l'existant que des démarches correctives pourront être adoptées tout en étant adaptées au contexte de départ. De plus, l'instauration d'une démarche de projet induit non seulement l'évaluation des résultats, mais également du processus. Ainsi, des indicateurs de suivi devraient être créés afin de mesurer l'évolution de la qualité tout au long de la démarche.

Cette culture de la qualité permet également de décloisonner les services en travaillant sur un projet commun. En effet, des groupes de travail pluri-professionnels (médecins, paramédicaux, administratifs, etc.) et transversaux (inter-services, inter-pôles, etc.) ont été mis en place à l'occasion de l'entrée dans la démarche qualité. Nous sommes donc passés d'une logique de territoire à une logique de projet « inter-filière ». Que ce soit la démarche qualité ou l'accréditation, le lancement d'un projet qualité constitue un véritable vecteur de communication permettant de fédérer les personnels autour d'un objectif commun.

L'évolution nécessaire des pratiques professionnelles

Il apparaît qu'une démarche qualité pérenne ne peut être effective sans la prise en compte des pratiques professionnelles dans l'évaluation. En effet, avoir des normes pour les pratiques professionnelles n'a pas pour but de figer un modèle unique. Elles donnent plutôt des points de repère pour déterminer un niveau de qualité, elles aident à formaliser et à structurer les pratiques.

Les normes renforcent la sécurité pour les patients en optimisant la qualité des soins. Ce qui répond directement à l'attente de la population pour qui la qualité et la sécurité des soins sont un « droit ». L'intérêt de normaliser les pratiques professionnelles n'est donc plus à démontrer. La question est plus certainement de savoir : comment « normaliser » ces pratiques.

Un des éléments de réponse à cette question se trouve dans la littérature. En effet, il existe d'ores et déjà plusieurs indicateurs, d'application variable selon l'établissement, évaluant les pratiques professionnelles. Nous pouvons lister un certain nombre d'entre eux, par exemple : le taux de césariennes par niveau de maternité, le taux d'infections urinaires chez les patients sondés...

L'ANAES avait prévu dans son plan d'action la mise en place d'indicateurs d'évaluation des pratiques professionnelles. Néanmoins ces références n'apparaissent pas dans son manuel d'accréditation actuel (le référentiel ANAES : Organisation de la Prise en Charge 15, ne propose pas d'indicateurs mais incite les établissements à en élaborer). Cependant, une première ébauche a été amorcée avec l'application du décret du 28

décembre 1999 relatif à la mise en place d'une procédure d'évaluation, individuelle et collective, des pratiques professionnelles en médecine libérale. L'année 2002 doit en effet permettre de structurer cette approche à partir des premières expériences engagées par les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML). L'ANAES et les URML sont associées à ce projet avec des rôles identifiés.

L'ANAES doit fournir les méthodes et sélectionner les médecins, « médecins habilités » qui seront formés par l'ANAES pour aider leurs confrères dans cette nouvelle démarche d'évaluation. Les Unions sont en charge de l'organisation du processus dans leurs régions. Quatre régions sont pilotes en 2002. Cette année importante permettra de tester les outils, valider les méthodes et les formations de façon à pouvoir étendre la procédure à d'autres régions volontaires.

De façon générale, le recentrage de la démarche qualité sur les pratiques professionnelles nécessite un cadre d'élaboration de référentiels professionnels de spécialité. Ceux-ci tirent leur fondement des recommandations existantes et supposent un travail de construction et de validation. La faisabilité de la mise en pratique de ces référentiels doit également être évaluée.

La normalisation des pratiques professionnelles a ses limites : la personnalisation du soin au patient et la dimension relationnelle entre le soignant et le soigné restent les bases non normalisables qu'il convient de préserver.

L'évolution de la démarche qualité nécessite donc de créer une culture de la qualité, et de recentrer l'autoévaluation sur les pratiques professionnelles. Cette évolution permettrait ainsi de rapprocher l'évaluation propre aux démarches qualité des critères de l'accréditation.

Ce rapprochement des modes d'évaluation présente un intérêt fondamental pour pérenniser les démarches qualité. Nous pouvons aisément imaginer que si l'accréditation devient un outil de régulation des allocations de ressources aux établissements par l'ARH, alors ceux-ci auront tout intérêt à avoir une démarche qualité pérenne.

3.3 Perspectives

La pérennisation des démarches qualité dans les établissements semble devenir un objectif pour les organismes de tutelle dont certains portent un intérêt croissant aux rapports d'accréditation. Lorsque la proportion des hôpitaux accrédités sera significative, il faut s'attendre à ce que les tutelles utilisent cet instrument et que la qualité s'impose comme une exigence accrue pour les établissements de santé.

Vers l'exploitation des résultats de l'accréditation

Une forme plus impérative de promotion de la qualité semble être envisagée aujourd'hui pour les établissements de santé. Celle-ci passerait par une obligation de faire de la qualité (avoir une politique explicitement et systématiquement formulée) et une utilisation des résultats de l'accréditation pour allouer les financements.

Les fédérations hospitalières comme la FHF ou la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) s'efforcent de promouvoir la qualité au sein des structures hospitalières par une incitation et une politique de communication interne. La FHF organise ainsi les premières manifestations nationales de la Qualité en santé en novembre 2002 (Sisqual) et poursuit sa campagne de promotion (groupes de travail, publications).

La même promotion des démarches qualité existe chez les syndicats de l'hospitalisation privée dont les sites internet présentent la politique générale⁷. La FHP et les syndicats de l'hospitalisation privée offrent l'accès à un organisme de soutien, le Bureau d'Assurance Qualité (le BAQ), qui propose ses conseils méthodologiques et élabore des référentiels (à l'exclusion des domaines de la Gestion des ressources humaines ou du management). Cette cellule joue un rôle crucial dans le développement de la qualité en raison de la petite taille des cliniques pour pouvoir bâtir un outil méthodologique cohérent.

Par ailleurs, la FHF a défendu lors de l'élaboration de la loi du 17 janvier 2002 un ajout qui prévoyait qu'un projet qualité soit obligatoirement explicité dans le projet d'établissement aux côtés du projet social ou du projet médical. Ce projet qualité fait déjà partie dans certains hôpitaux du projet d'établissement ; néanmoins, la pratique la plus fréquente consiste à diluer les orientations défendant la qualité au sein des différentes composantes du projet d'établissement.

L'ANAES elle-même défend une prise en compte plus importante des résultats de l'accréditation en envisageant la possibilité de les utiliser comme paramètres lors de l'allocation de moyens par les tutelles. Lors de la négociation de la deuxième génération des contrats d'objectifs et de moyens (COM), la directrice de l'accréditation de l'ANAES évoque la possibilité d'interfaces lisibles entre les résultats et les allocations de moyens.

Cette opinion est convergente avec celle exprimée par la FHF qui a qualifié « *d'hypocrisie* » l'affirmation du manuel d'accréditation soulignant que cette dernière n'est pas un critère d'allocation de ressources ni de planification

⁷ www.fhp.fr , www.fehap.fr

Démarche qualité et accréditation : futurs outils de régulation ?

L'aspect normatif de l'accréditation n'est peut-être pas seulement un moyen de pousser les établissements à démarrer une politique qualité mais aussi un nouvel outil stratégique pour l'ARH.

L'accréditation est une obligation légale pour tous les établissements de santé, suite à l'ordonnance du 24 avril 1996⁸. Au-delà du délai initial de 5 ans pour engager librement la procédure, la démarche d'accréditation peut-être demandée directement par l'organisme de tutelle, l'ARH. Ainsi, les ARH peuvent obliger les établissements à faire une auto-évaluation de leurs structures et les faire entrer dans une procédure d'évaluation externe. Elles obtiennent ainsi le bilan de l'évaluation transmis par l'ANAES.

Si ce rapport n'est pas aujourd'hui un outil systématiquement utilisé par les ARH, il pourrait le devenir. Nos interlocuteurs ont souligné l'emploi que certaines des tutelles hospitalières se proposent de faire de ces rapports, pouvant apporter un nouvel argument justifiant la fermeture d'un service ou permettant de récompenser des établissements efficaces via les COM. La tutelle disposerait d'outils nouveaux pour la planification hospitalière.

Cette évolution s'est déjà produite avec les établissements pour personnes âgées. Dans le cadre de l'arrêté ministériel du 26 avril 1999⁹, les conventions de financement entre maisons de retraite, conseils généraux et caisses de sécurité sociale sont négociées sur la base d'un diagnostic portant sur le respect des droits des personnes hébergées, tels que définis par un référentiel et sur les actions correctives élaborées pour assurer ce respect. L'outil construit à cet effet est ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les usagers des établissements).

En outre, un reproche fréquent fait à la procédure d'accréditation concerne sa connotation d'« *inspection* » qui peut être mal vécue, du fait de la transmission des résultats de l'accréditation aux tutelles. Des services ont déjà été fermés suite à des visites en raison de leur non-conformité aux exigences réglementaires. Des experts-visiteurs « *trop tatillons* » ou des directives du manuel donnant une tonalité de contrôle à l'accréditation risquent de menacer le succès du processus. La finalité de l'accréditation reste l'amélioration continue de la qualité : l'ANAES pourrait faillir à cette mission en s'efforçant de garantir un seuil minimum : celui du respect de la réglementation.

Si aujourd'hui les ARH n'affirment pas l'utilisation de l'accréditation comme outil dans la régulation de l'offre hospitalière, elle constitue une source d'information sur l'organisation et le fonctionnement des établissements. A long terme, cette procédure pourrait devenir un

⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'art. 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

nouveau moyen de contrôle à la disposition des tutelles. Elle perdrait alors sa vocation première : optimiser la qualité dans les établissements autour des usagers, et deviendrait un instrument pour optimiser l'efficacité des hôpitaux. Le risque serait alors d'altérer la sincérité des autoévaluations en liant résultats de l'accréditation et allocation de moyens.

CONCLUSION

En 1996, Morelle Aquilino affirmait dans « La défaite de la santé publique à propos des problèmes sanitaires du sang contaminé et de l'hormone de croissance :-« *Si la France est dans beaucoup de domaines à la pointe de la recherche médicale elle est aussi la lanterne rouge de la santé publique au sein des pays industrialisés* ». Cette défaite insupportable à l'époque, le serait plus encore aujourd'hui, au moment où l'exigence qualitative n'a jamais été plus forte . Ces graves problèmes sanitaires ont au moins été le point de départ d'une remise en cause qui a permis d'engager des réformes nécessaires.

Dans la perspective d'une nouvelle organisation du système de santé, en parallèle avec une nouvelle étape de la décentralisation, il importe que la qualité du système de santé soit au nombre des critères de décision. Cette recherche de la qualité est indissociable de la répartition de l'offre de soins et de l'économie de la santé d'autant plus que les inégalités en termes d'accès aux soins sur le territoire sont avérées.

La recherche de qualité est rendue, de facto, obligatoire par la mise en place légitime d'un processus d'accréditation, mais il serait sans doute infondé de confondre les deux démarches. Même si les deux notions sont liées, les établissements de santé français ont semble-t-il amorcé un tournant dans leur approche de la qualité que l'accréditation n'a fait que confirmer ou revitaliser. Dans cette dernière acception, il est évident que l'influence des visites d'accréditation a eu un effet très incitatif, effet qui n'est pas étranger à un rattrapage certain du temps perdu par les hôpitaux de l'hexagone vis à vis de leurs homologues étrangers¹⁰. Reste que les enjeux de la qualité à l'hôpital, pour être pleinement appréhendés, nécessitent qu'un changement de nature culturelle se produise. Cette prise de conscience est aussi le défi futur des personnels de santé dont la tâche sera rendue plus complexe par un questionnement accru sur leurs pratiques et savoirs professionnels.

Le monde hospitalier n'est pas un domaine figé qui ne fonctionnerait que pour lui-même : il doit accompagner l'évolution de la société au service de la population, il convient donc qu'il s'accorde aux besoins de celle-ci.

Dans cette réflexion, enfin, n'oublions pas le destinataire final : l'utilisateur, dont le rôle pourtant sans cesse réaffirmé dans les textes dont la loi du 4 mars 2002, tend à rester limité dans les faits, faute d'une représentativité efficace et pertinente dans les différentes instances. Si ce terme d'utilisateur est souvent employé dans les textes ministériels, il ne ressort guère des entretiens tenus avec les professionnels de santé, au point de ne devenir qu'un alibi voire une caution.

¹⁰ Cette affirmation ressort clairement de l'étude menée par Fourcadee, Garnerin, Hergon, Boelle et présentée en annexe.

BIBLIOGRAPHIE

Sites internet

Site ANAES : <http://www.anaes.fr>

Site des fédérations de l'hospitalisation privée :

Fédération de l'hospitalisation privée : www.fhp.fr

Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif : www.fehap.fr

Textes législatifs

-**ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996** : portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

-**art.710-16-1 de l'ordonnance de 1996** : les ARH concluent des contrats pluriannuels où la sécurité et la qualité constituent un des objectifs.

-**art L-6113-3, al 2, CSP** : l'accréditation est une procédure externe menée par un organisme indépendant (l'ANAES) qui apprécie la qualité d'un établissement à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services

-**loi n°92-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière

-**loi n°2002-303 du 4 mars 2002** loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

-**loi n° 2002-73 du 17 janvier 2000** loi relative à la modernisation sociale

-**décret n° 97-311 du 7 avril 1997** relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence Nationale d'accréditation et d'Evaluation en Santé instituée à l'article L 791-1 du Code de la Santé publique et modifiant ce Code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

-**arrêté ministériel du 26 avril 1999** fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Littérature grise

Fiches POLITISS - classeur IASS - 2002.

GUEZ P. - Le management de la qualité - Rennes - ENSP - 2002.

MAGUERES G. - Amélioration continue de la qualité approche par processus - Rennes - ENSP - 2002.

ROUSSEL P. - Management de la qualité et des risques en établissement de santé, enjeux et concepts essentiels - Rennes - ENSP - 2002.

Publications :

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE - Manuel d'accréditation des établissements de santé – Editions ANAES - février 1999.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE NORMALISATION - Approche conceptuelle de la qualité des soins. Principes essentiels et vocabulaire- Editions AFNOR - décembre 2000.

CAYZAC D., "l'accréditation dans la réforme hospitalière", gestions hospitalières, février 1997, pp. 32 –34.

CRUCHANT L. – La qualité – Paris - Editions PUF – Collection Que sais-je ?- 1998.

DAWALIBI S. , "la Cour des comptes fustige la gestion opaque des hôpitaux", le figaro économie, 19 septembre 2002.

DUPUY O. , "les premiers résultats de la procédure d'accréditation, confirmation de l'absence de sanction directe et mise en évidence de disparités et des systèmes de qualité et de sécurité", la gazette de l'hôpital, 2001, n°35.

DURIEU P.(sous la coordination de), FOURCADE A. , RICOUR L., GAMERIN P. , HERGON E. , BOELLE P-Y. - La démarche qualité dans un établissement de santé – Editions DOUIN / Assistance Publique-Hôpitaux de Paris – 1997.

FOURCADE A. , " panorama des démarches qualité à l'hôpital ", Actualité et Dossier en Santé Publique, 2001, n°35, pp.29-33.

HEIDEMANN E.G. , "accréditation : projets internationaux", Actualité et Dossier en Santé Publique, 2001, n°35, pp.56-58.

HURLIMANN C. , " approche conceptuelle de la qualité des soins ", 2001, », Actualité et Dossier en Santé Publique, n°35, pp.23-28.

KOURILISKY-BELLIARD F. - Du désir au plaisir de changer - Paris - Editions Dunod - 1999.

LECOINTE M. - Les enjeux de l'évaluation - Paris - Editions L'Harmattan - 1997.

LETEURTRE H. , " L'accréditation hospitalière ", techniques hospitalières, 2002, n°663, pp.29-35.

LOZEAU D. , " quand la gestion de la qualité devient un rituel ", janvier-février 200, vol 15, n°1, pp. 4-5.

MATHY Caryn et SAULEAU Erik, "qualité versus assurance-qualité : quelle accréditation pour les établissements de santé ? , informatique et gestion médicalisée, vol.9, 1997.

PLICHON O. , "l'hôpital dans le collimateur de la Cour des comptes", Aujourd'hui en France, 19 septembre 2002.

Que sais-je ? *La Qualité* , ed PUF, Juillet 1998.

HOPE, Comité Permanent des Hôpitaux de l'Union Européenne , « La qualité des soins de santé et des activités hospitalières », rapport du groupe de travail de la sous-commission coordination « Qualité des soins dans les hôpitaux », septembre 2000.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AFNOR	Association Française de Normalisation
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation des établissements de santé
ANDEM	Agence nationale pour le Développement de l'évaluation médicale
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre hospitalier Universitaire
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
FEHAP	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif
FHF	Fédération Hospitalière de France
FHP	Fédération de l'Hospitalisation Privée
GBEA	Guide de Bonne Exécution des Analyses de Biologie Médicale
HACCP	Hazard Analysis and Control of Critical Points
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Health Organization
PDCA	Plan, do, check, act
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau des entretiens	30
Annexe 2 : Grille d'entretien.....	31
Annexe 3 : Regroupement des entretiens avec des représentants d'établissements de santé	33
Annexe 4: Regroupement des entretiens avec des représentants d'institutions.....	47
Annexe 5 : Regroupement des entretiens avec des représentants des usagers.....	53
Annexe 6 : Démarche qualité et accréditation à l'étranger	56

Annexe 1 : Tableau des entretiens

Nous avons pris le parti de réaliser ces entretiens par binôme « interfilière » lorsque cela était possible afin de tirer le maximum de profit du MIP dont la finalité est cette rencontre entre des professionnels d'origine et de formations différentes.

Nom	Filière	Entretien avec :	Date
Damien Lanciau	EDH	Médecin chef de service radiologie CHU 1	25/09
Dominique Orsini	IASS		
Alain Chapuis	IASS	Président de CME du CH 1	24/09
Damien Lanciau	EDH		
Anne-Marie Cassel-Beraud	MISP	DH sous-direction usagers, risques et qualité (DURC) CHU 2	23/09
Elisabeth Da Cunha	DS	Cadre supérieur de santé CHU 2	23/09
Elisabeth Da Cunha	DS	Directrice des Soins CHU 2	23/09
Anne-Marie Cassel-Beraud	MISP	Directeur Clinique privée	23/09
Elisabeth Da Cunha	DS	Aide-soignant CH 2	24/09
Elisabeth Da Cunha	DS	Technicien de laboratoire CH 2	24/09
Véronique Dreyer	DS	DH Affaires Financières CH 3	16/09
Jérôme Malhomme	IASS	Ingénieur responsable Assurance Qualité CHU 1	26/09
Véronique Dreyer	DS		
Ensemble des élèves		Responsable qualité – accréditation (directeur des soins) d'un groupe de cliniques	24/09
Véronique Dreyer	DS	Responsables accréditation-qualité de l'ANAES	1/10
Maud Reynaud	EDH		
Maud Reynaud	EDH	Responsable cellule accréditation-qualité de la FHF	27/09
Alain Chapuis	IASS		
Damien Lanciau	EDH	Responsable Qualité accréditation ARH	26/09
Laure Dugat	IASS		
Jérôme Malhomme	IASS	Représentant des usagers CHU 1	25/09
Slimane Boussekhane	EDH		
Alain CHAPUIS	IASS	Représentant Usagers CH 1	4/09
Alain CHAPUIS	IASS	Représentant Usagers CH 1	4/09
Alain CHAPUIS	IASS	Représentant Usagers CHU 3 et CHU 2	5/09 9/09

Annexe 2 : Grille d'entretien

MIP 2002 : La démarche qualité dans les établissements de santé ; objet de réponse formelle à l'accréditation ou outil de réforme des pratiques professionnelles ?

Présentation du travail : *Nous sommes en formation à l'ENSP . Dans ce cadre nous faisons partie d'un groupe de travail sur le thème de la DQ et de l'accréditation. Ce travail fera l'objet d'un rapport diffusé sur le site de l'ENSP. Les entretiens réalisés seront anonymes. Si vous nous y autorisez, l'établissement sera cité et nous prendrons des notes. Notre étude porte plus précisément sur la mise en place d'une DQ et son articulation avec la procédure d'accréditation.*

Appréhender le contexte et la dynamique de départ

Q. préliminaire : Quand avez vous démarré la DQ par rapport à l'engagement dans la procédure d'accréditation ?

- 1) Quelles ont été les personnes impliquées dans la démarche qualité/l'accréditation ?
- 2) Quels moyens ont été attribués à l'initiation de cette DQ/ l'accréditation ?
- 3) Qu'attendez vous de cette DQ/la procédure d'accréditation ?

Repérer les grandes étapes de la mise en oeuvre de la démarche

- 4) Comment l'établissement a-t-il procédé pour mettre en oeuvre la DQ ?
- 5) Quels ont été les points forts et les freins à la réalisation de cette démarche ?

Apprécier l'impact des démarches

- 6) Est ce que les attentes que vous aviez au départ ont été satisfaites ?
- 7) Pensez vous que la démarche qualité apporte un plus à votre établissement ?
- 8) Comment voyez vous l'évolution de la démarche qualité ?

Annexe 3 : Regroupement des entretiens avec des représentants d'établissements de santé

Premier entretien : CHU 1 - médecin

Deuxième entretien : CH 1 – président de CME

Troisième entretien : CHU 2 - directeur qualité

Quatrième entretien : CHU 2 - cadre supérieur de santé

Cinquième entretien : CHU 2 - directeur des soins

Sixième entretien : clinique privée- directeur

Septième entretien : CH 2 - aide soignante

Huitième entretien : CH 2 - technicienne de laboratoire

Neuvième entretien : CH 3 - directeur

Dixième entretien : CHU 1 – responsable assurance qualité

Onzième entretien : groupe de cliniques privées – responsable qualité

APPREHENDER LE CONTEXTE ET LA DYNAMIQUE DE DEPART

Q préliminaire : quand avez-vous démarré la DQ par rapport à l'engagement dans la procédure d'accréditation ?

- la DQ a été démarrée avant l'accréditation (96-97).

- Le CH est accrédité depuis 2001. Le rapport ayant fait l'objet de différentes réserves, les visiteurs de l'ANAES vont prochainement repasser (dans le délai d'un an) pour valider ce qui n'avait pu l'être.

- Démarrage de la DQ en 1990 par un travail de collaboration avec l'ANDEM sur 3 thèmes : le dossier du patient / le sondage urinaire / la sécurité transfusionnelle.

Pendant cette période, un travail sur l'écoute des besoins (enquêtes de satisfaction), l'accueil des usagers était également mené.

En 1995, mise en place des « Journées créativité » récompensant les propositions de tout personnel soignant désireux de présenter une innovation concernant les soins et la prise en charge des patients.

A partir de 1997, mise en place d'enquêtes « Un jour donné » concernant 50% des patients hospitalisés en cours séjour. Ces enquêtes ont lieu 4 fois par an et remplacent les enquêtes de satisfaction par questionnaires à la sortie qui ne ramenaient que 10% de réponses et représentaient un biais (très satisfaits ou très mécontents).

- Une direction des usagers, des risques et de la qualité (DURC) existait avant la demande d'accréditation. Cependant, le facteur motivant sa création a été les ordonnances de 1996. Le Directeur général adjoint (DGA) a été l'élément moteur car il travaille à temps partiel à l'ANAES. La DURC s'est trouvée légitimée par l'accréditation.

La DURC a rempli plusieurs missions depuis sa création selon 3 axes, gestion documentaire, accréditation, aide ponctuelle: faire connaître les démarches qui existaient déjà sur l'établissement et les étendre à d'autres services si cela se justifie.

Gestion documentaire structurée avec une forme commune à tous les documents

Soutien méthodologique aux équipes

Mise en œuvre avec les services d'évaluation des pratiques et d'audits clinique avec formation des cadres et des médecins et élaboration de tableaux de bord et d'indicateurs pérennes.

- La DQ a commencé avant l'accréditation.

1996 : nous avons travaillé sur les programmes assurance qualité (PAQ) de l'ANDEM. 2 PAQ acceptés, la sécurité transfusionnelle et le dossier patient.

1996-1997 : volontaire pour l'audit clinique toujours dans le cadre de l'ANDEM ; 3 projets : le sondage urinaire, la prévention des escarres, la pose de cathéters.

1996-1999 : hors ANDEM, audits organisationnels dans les 3/4 des services de l'établissement.

1998-1999 : volonté de la direction de structurer une politique de qualité : création d'une charte qualité et de la DURC qui a commencé par s'occuper de la gestion documentaire. Campagne d'information auprès de l'ensemble du personnel : journal interne, réunions, instances...

1998 : demande de faire partie de la démarche expérimentale sur l'accréditation ; refus de l'ANAES mais nous avons quand même réalisé une auto évaluation à blanc.

2000 : visite de l'accréditation.

Parallèlement à ces actions de terrain, la direction, l'encadrement supérieur et l'encadrement de proximité ont été sensibilisés et formés à la qualité afin d'adopter un langage commun sur les concepts de qualité et d'accréditation (durée 2 ans). Il y avait confusion entre les systèmes d'assurance qualité existant (GBEA, biomed ISO, HACCP) et la démarche qualité et l'accréditation. Les services de soins se sentaient parents pauvres par rapport à la logistique, d'où ce gros effort de communication.

- Pas de tradition écrite avant les ordonnances de Juppé en 1996.

A partir de 1997, mise en place d'une réflexion sur les protocoles, les procédures.

Au 2^{ème} semestre 1997, comité de pilotage de la DQ mis en place + réunions avec l'ensemble du personnel (environ 50 employés) + réflexion sur la méthodologie.

L'écriture des protocoles a été réalisée à ce moment-là sans intervention extérieure avec la participation de tout le personnel en fonction de son rôle dans l'établissement. Le règlement intérieur, le règlement du CLIN, de la CME, de la Commission de Conciliation ont également été écrits.

En 1998, transformation de 25 lits de soins de suite en lits de réadaptation fonctionnelle ▶ nouvelle dynamique vers la formalisation et l'écriture.

- Je ne me souviens pas comment la démarche a été mise en place.

- Le GBEA (guide de bonne exécution des analyses) a été débuté il y a 10 ans. Il a représenté un gros travail d'écriture afin de formaliser nos processus. Tous les agents ont participé. Un des PH a investi ce domaine et a accompagné cette démarche.

- La DQ au CH était antérieure à la demande d'engagement dans la procédure d'accréditation.

Elle date de 1997 et était inscrite dans le projet d'établissement en tant qu'entité visant à accompagner les différents projets (projet médical, de soins infirmiers, avec un apport méthodologique et un accompagnement identique pour tous).

L'accréditation a pour but l'amélioration de l'organisation générale d'un établissement de santé. Il faudra voir avec le recul (environ 5 ans) si l'objectif est atteint, mais cette démarche a été une bonne initiative pour revoir les organisations en place.

Les référentiels ANAES vont évoluer grâce aux expériences développées et acquises, et seront peut être plus adaptés à l'avenir aux pratiques développées et à mesurer.

Cette première approche des organisations est une formidable dynamique interne appuyée par l'apport méthodologique développé à cette occasion.

Il faut un engagement fort de la direction notamment du directeur général (DG), du président de la CME, du directeur des soins.

Méthodologie utilisée : réunions dans tous les sites pour présenter le dispositif de la DQ avec les professionnels, pilotes du projet.

Visite d'accréditation prévue en mai - juin 2002 ; rapport du collège reçu en septembre ; remarques et commentaires en cours actuellement.

Remobilisation des équipes et groupes de travail pour avancer sur les recommandations faites.

- Démarrage DQ en 1997, mais avant expériences ponctuelles par services notamment médico-techniques (labo, radio)

Au début 1 Directeur de site chargé du dossier en + de ses missions, nommé DQ

Formation d'une cellule qualité :
1 directeur logistique médicale
2 médecins santé publique (MSP)
1 ingénieur en organisation
1 adjoint des cadres pour le secrétariat

Création d'un comité qualité représentant les 3 catégories représentées à l'hôpital (administratif, soignant, corps médical) :
- 1 directeur général adjoint (DGA)
- Le président de la CME
- Le directeur du service des soins infirmiers (DSSI)
- Des médecins intéressés

Environ 10 personnes avec cellule qualité.

- Octobre 1996 : séminaire direction et psychiatres. Thème : la qualité dans les établissements psychiatriques

Décembre 1996 : engagement de la direction et détermination de la politique qualité et de sa mise en œuvre ; diffusion d'un courrier à l'ensemble du personnel et des praticiens, décrivant les objectifs, les moyens humains et matériels, la formation envisagée, les réunions d'échanges et les séminaires.

A partir de 1997 – 1998 : formalisation d'un projet d'établissement pour chaque clinique.

Q 1 : Quelles ont été les personnes impliquées dans la DQ ?

- Tout le personnel a été impliqué dans la DQ. La décision a été prise par moi-même. Le personnel cadre s'est impliqué dans la démarche. Equipe à géométrie variable : les personnes concernées dans un esprit de conduite de projet.

Cette démarche ne peut démarrer seule. Elle est intégrée en pratique pendant le temps de travail de chacun. Cette démarche a donc un coût initial (coût de remplacement).

- Lancement de la démarche : Au CH, la DQ fut initiée au début des années 90, soit avant l'accréditation, par une partie du corps médical dans une démarche transversale. Quelques médecins ont formé une « sous-commission de la qualité et de l'évaluation » qui a répondu à un appel d'offre lancé par l'ANDEM. Le CH a travaillé dans ce cadre sur « l'information des malades au bloc opératoire », puis sur d'autres thèmes (prothèses de hanches ; ophtalmo ; ...). Ces démarches ont permis d'initier un travail pluri-professionnel et de constituer un petit noyau de professionnels, formés à l'audit clinique et déjà sensibilisés, qui a favorisé la mobilisation du personnel et l'entrée dans la phase d'accréditation (malgré les réticences de certains médecins).

- DSSI dans un premier temps.

Depuis 1999, création de la direction de la qualité et de usagers avec : Directeur, Cadre supérieur, Technicien qualité, Responsable de la relation avec les usagers, secrétaire.

- Différents niveaux d'implication :

La direction crée la DURC et lance la démarche qualité et l'accréditation.

Les instances notamment le président de la CME

Un comité de pilotage comprenant des directeurs, des médecins, des représentants de toutes les métiers de l'hôpital.

Des animateurs de groupes d'auto évaluation qui sont pour les pôles : le coordonnateur médical de pôle et le CSS (cadre supérieur) ; pour les groupes transversaux des personnes expertes dans le domaine.

L'ensemble des personnels volontaires pour effectuer l'auto évaluation, désignés par tirage au sort lorsque les volontaires étaient trop nombreux.

La DURC, soutien méthodologique et accompagnateur de la démarche.

L'objectif était d'avoir la plus grande représentativité possible des agents de l'hôpital.

L'objectif non dit était de décloisonner les services et à travers cette démarche donner une existence aux pôles.

L'objectif final était d'être accrédité dans les meilleures conditions possibles.

- Comité de pilotage : DGA, Directeur des affaires médicales et de la recherche, Directrice DURQ, DS, Médecins dont le président de la CME, CSS et CS, ingénieur DURQ, technicienne DURQ, pharmacien.

Information ++ de l'ensemble du personnel tout au long de la démarche.

- Une personne « référent qualité » pour l'établissement est désignée en 1998 et a bénéficié d'une formation extérieure.

Tout le personnel a été impliqué et a reçu une information continue en interne.

-...

-...

-1 directeur de la qualité, de la relation avec les usagers, chargé en outre de missions transversales.

1 ingénieur qualité

1 secrétaire documentaliste (pour 2000 lits)

- De décembre 1996 à janvier 1997 , mise en place d'une organisation qualité .

A l'échelon du groupe : la direction soins et qualité coordonne, forme, aide et conseille sur la méthodologie et valide les objectifs fixés.

Sont nommés par établissement : un responsable d'Assurance Qualité (RAQ), professionnel de terrain détaché de son service à temps partiel ; un comité d'optimisation de la qualité (COQ), composé de correspondants qualité (responsables de service et/ou 1 professionnel par service). Le rôle de chaque acteur est défini.

Depuis janvier 1997 : les principes de fonctionnement sont définis : définition, organisation des ateliers, réunions qualité ; structure, mode de diffusion des comptes rendus ; squelette d'une procédure (la procédure des procédures) ; planning qualité ; structure, gestion des plans d'amélioration de la qualité ; gestion documentaire.

Q 2 : Quels moyens ont été attribués à l'initiation de cette DQ ?

- Aucun moyen financier n'a été alloué à la démarche. En moyens humains, le service a bénéficié d'un accompagnement technique, notamment par les industries pharmaceutiques. Elles ont mis à disposition des auditeurs et des directeurs de la qualité qui ont formé le personnel sur le vocabulaire qualité, les concepts, la démarche EFQM. Des stagiaires en alternance ont également pu travailler dans le service sur cette DQ.

- ...

- Crédits de formation.

Plan de formation : 1999 : participation d'intervenants extérieurs pour présenter l'intérêt de la DQ auprès de la direction de l'Hôpital, de la CME, des cadres supérieurs

2000-2001 : 3 jours de formation à la DQ en interne pour tout le personnel d'encadrement soignant et le personnel administratif avec participation de tous les volontaires.

En 2002 : 60% du personnel est formé et un plan d'évaluation de la formation est mis en place avant de poursuivre la formation.

- ...

- ...

- Diffusion de l'information auprès du personnel : diffusion générale de certains protocoles comme les déchets de soins et diffusion plus ciblée pour d'autres activités, diffusion des tableaux de bord de l'établissement.

La DQ est une démarche progressive pour le personnel qui doit s'approprier les nouvelles procédures.

Audit interne pour l'évaluation de la mise en place des protocoles dans les services.

Questionnaires de satisfaction : taux de réponse de 30% ; enquêtes « Un jour donné » ; boîte à idées pour les usagers.

-...

-...

- A l'issue des travaux réalisés par les équipes d'auto-évaluation, le DG a octroyé une prime exceptionnelle aux 170 participants (environ 900 francs par personne).

Toutes les heures passées en réunions pour l'accréditation l'étaient sur du temps de travail ou récupérées, ce qui explique que les réunions devaient être cadrées et ne pas être multipliées inutilement surtout avec les 35 h.

- Pas de moyens spécifiques à l'exception des personnels mi-temps dans la cellule qualité (voir ci dessus).

- Formation des RAQ (plan de formation sur 3 ans) : organisation, structure qualité dans le groupe ; conduite de réunion ; chef de projet qualité ; démarche d'accréditation ; indicateurs/évaluation.

Formation pour l'encadrement : procédure d'accréditation ; audit interne d'accréditation ; conduite d'entretien de progrès ; conduite de projets.

Q3 : Qu'attendez-vous de cette DQ ?

- Au départ, nous attendions de la DQ la mise en place d'un mode de gestion innovant. Le but était de mettre en place l'organisation d'un repérage des non-conformités et un processus qui en traitent leurs causes afin qu'elles ne se renouvellent pas.

-...

- Souci de professionnalisation des soins donnés aux patients.

Normaliser, unifier les pratiques communes puis cibler les actions sur les pratiques les plus difficiles.

-L'amélioration de la qualité des soins.

-...

-...

- Je trouve bizarre que cette démarche soit programmée. Ce n'est pas le reflet de notre travail quotidien, on fait plus attention.

Je regrette qu'il n'y ait pas eu de suite après l'accréditation. Elle ne nous a pas aidé à progresser. C'est comme un examen, on a eu son diplôme et après on ne contrôle plus.

-...

-...

- C'est une opportunité pour accompagner le changement, renforcer la démarche continue de la qualité et de la gestion des risques, développer la dynamique et la culture qualité dans l'établissement et également au sein du groupe, développer la communication au sein de l'établissement et du groupe.

Les intérêts : développer le management participatif, formaliser et communiquer sur la politique/stratégie de l'établissement (projet médical, de soins, social, du système d'information), impliquer les professionnels dans les démarches d'amélioration transversales centrées sur le patient et son entourage, développer la gestion des ressources humaines (développer les compétences, repérer les personnes ressources, formaliser de manière plus constructive le plan de formation externe et interne, développer l'intégration des nouveaux salariés); développer la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles ; gérer et organiser la gestion documentaire.

REPERER LES GRANDES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE

Q 4 : Comment l'établissement a-t-il procédé pour mettre en œuvre la DQ ?

- En 1995-1996, il y a eu une première vague de mise en œuvre de la démarche qualité. Il n'existait pas cette culture au départ, c'est pourquoi cela a un peu « patiné ». De plus, l'ANAES n'avait pas édité son guide et on ne savait pas réellement ce qui allait être fait de l'accréditation. Un comité de pilotage a été mis en place et ont élaboré un guide quasi identique à celui de l'ANAES actuellement. Cet empressement résulte en partie d'une erreur de l'ANAES qui a annoncé qu'elle allait engager une démarche d'accréditation sans donner les outils pour la réaliser.

Mon équipe s'est positionnée en tant que dissidente de cette dynamique, pensant qu'il n'était pas utile de réinventer ce que l'industrie faisait depuis 15 ans. Notre réflexion s'est plutôt orientée vers ce qui avait déjà été fait (centres anti-cancéreux, l'auto-évaluation des expériences canadiennes, prix qualité). Nous avons choisi les méthodes des industriels (EFQM et ISO 9000).

Une équipe de dirigeants a été mise en place, ainsi que des groupes de travail. Un plan d'action a été élaboré. Il était constitué de 11 actions permettant de démarrer la DQ, incluant 7 procédures : une auto-évaluation, une action sur la direction, une action sur la non-conformité, une action corrective / préventive, un audit, un relevé d'indicateurs, et une gestion documentaire. D'autres actions non procédurales ont été mises en place : la

formation des dirigeants (direction générale, directeur des soins, et le président de la CME), l'engagement des dirigeants, et une évaluation à six mois.

Ce modèle a été présenté à la Direction Générale (DG). Après des négociations pour faire passer cette culture différente, de transparence, la direction a accepté cette démarche. Ce déploiement a d'abord été réalisé sur le CHU en tant qu'entité avec une auto-évaluation. Puis une cellule qualité opérationnelle a été mise en place, ainsi qu'un comité qualité au niveau du management pilotant la cellule. Un second déploiement a été réalisé sur chacune des structures (dont la DG), puis sur chaque service, etc. Parallèlement ont été mis en place des outils communs comme la gestion documentaire, le système informatique (remontée des non conformités et des actions correctives).

L'information sur cette DQ a été réalisée par l'organe de communication interne de l'hôpital et par les diverses instances. Une action globale a été également réalisée en partenariat avec la société Citroën afin d'exposer au DG le mode de gestion d'une démarche qualité au sein d'une grande entreprise. Les cadres ont été conviés au cercle qualité de Citroën, et des visites sur site ont été réalisées.

- Une sous-direction de la DQ est en cours de mise en place par le nouveau directeur, arrivé depuis 18 mois. Elle aura 2 missions principales : La gestion des risques (vigilance, sang, médicaments ...) et La DQ (pour implication des acteurs et décloisonnement des barrières professionnelles).

Par ailleurs, un travail mené depuis 3 ans sur la prescription médicale a donné des résultats positifs pour le patient (pour une réduction de l'écart entre la pensée du médecin prescripteur et la qualité de la prescription). Ce travail continue.

- D'abord, les professionnels ont ciblé leurs réflexions sur des problèmes particuliers.

Puis fin 1998, l'établissement s'est engagé dans une auto-évaluation à blanc en se basant sur le manuel expérimental de l'ANAES. Pour cela, création d'une quinzaine de groupes de travail (10 personnes par groupe) qui a procédé à la rédaction de tous les protocoles et procédures écrites.

L'information pour le personnel a circulé par le « CHU Magazine » qui a consacré un numéro entier à la DQ et par les « Journées créativité ».

- 1999 : auto évaluation « à blanc » sans faire partie des hôpitaux pilotes qui a permis une première appropriation du manuel.

2000 : auto évaluation avec différenciation des référentiels en deux catégories :

Référentiels transversaux traités par des volontaires et des experts du domaine : VST, les vigilants ; PQR, la DURC ; SPI, hygiène hospitalière, membres du CLIN ; Mea directeurs DG, DRH ;

Référentiels traités par pôles (12).

Une synthèse de toutes les auto évaluation a été réalisée par la DURC. Elle a fait valider cette synthèse par les acteurs puis par le comité de pilotage et les instances.

L'auto évaluation a duré 4 mois.

Des réunions d'information ont été organisées pour l'ensemble du personnel avec outre la présentation de la démarche, un message fort : on n'évalue la qualité d'un service mais l'ensemble de l'hôpital au regard de chaque entité.

3^{ème} temps : en attendant le rapport du collège d'accréditation, à partir du travail d'auto évaluation et pour ne pas laisser retomber la dynamique, chaque pôle a proposé des actions d'amélioration de la qualité. La DURC a rencontré chaque équipe et des priorités ont été dégagées → les personnels ont voté pour déterminer ces priorités. La mise en œuvre était délégué aux coordonnateurs de pôles avec évaluation à 6 mois.

- La démarche d'accréditation s'est calquée sur celle du projet d'établissement qui est la synthèse des projets médicaux et soignants par pôle.

L'auto évaluation

Référentiels par pôle	Référentiels transversaux
Réf centrés sur le patient	Réf concernant des activités transversales sur l'établissement
↓	↓
animateurs : coordonnateur médical de pôle et le CSS	animateurs : binôme médecin/soignant
↓	↓
participants : les volontaires de chaque pôle	participants : des experts du thème et des volontaires
↓	↓
décisions prises par le comité de pilotage	décisions prises par le comité de pilotage
↓	↓
validation des instances	
↓	
les animateurs de groupes étaient autonomes dans leur organisation à l'intérieur du cadrage défini.	
↓	
synthèse des 11 pôles réalisée par la DURQ validée par les pôles au fur et à mesure.	synthèse réalisée par la DURQ

- Un groupe de pilotage est formé en faisant appel au volontariat parmi le personnel : il est formé d'un médecin, de 2 infirmières, de 2 ASH, du RAQ et du directeur.

Le comité a pour rôle de dynamiser la démarche, de définir les objectifs et de les planifier.

- La seule chose dont je me souviens, c'est une formation sur ce qu'est l'accréditation. Elle a permis de décloisonner les services et de connaître le travail des autres.

-...

- Au départ volonté forte de la direction. C'est une décision de politique générale qui engage l'établissement. Celui ci apporte l'aide méthodologique nécessaire.

Le directeur désigne officiellement les membres du comité de pilotage.

Ceux-ci fixent les groupes de travail par thèmes, selon les référentiels ANAES, et en fonction des résultats dégagés lors de l'audit interne effectué en 1997.

6 thèmes ont été retenus :DIP, Dossier du patient (DPA), OPC dont transfert du patient, (axe de travail initialisé avec la CTRSI de la DRASS et repris à l'occasion de l'accréditation), GFL notamment hôtellerie et restauration, GSI, plus particulièrement gestion documentaire et uniformisation des documents, QPR et VST dont particulièrement coordination des vigilances, sécurité des soins, alimentaire et malveillance.

Sur ces 6 thèmes des animateurs de groupe projets ont été missionnés officiellement par le directeur (lettres de mission). La base du volontariat a été peu exploitée à ce niveau, mais ensuite pour la constitution des groupes projets.

Missions : faire un état des lieux et diffuser la méthodologie de travail, commune à tous les groupes

établir des sous-groupes selon les priorités dégagées

Dans chaque sous-groupe se trouvait un animateur formé à la conduite de réunions, à la rédaction de comptes-rendus, au travail de groupe. Cette formation identique pour tous était assurée par la cellule qualité.

Objectifs : obligation de résultats et respect du calendrier fixé

chaque groupe doit s'occuper de sa propre communication et de la diffusion de l'avancée de ses travaux à l'ensemble des groupes et du personnel

Grandes étapes : 2000 = démarrage de la démarche

2001 = auto-évaluation

2002 = visite d'accréditation

3 des équipes existantes sur des thèmes travaillés dans la DQ, ont été réactivées pour l'auto-évaluation (DIP, coordination des vigilances, accueil du patient). Les autres groupes sont restés en « stand-by ».

Il n'existe pas de dissociation entre la DQ et l'accréditation.

Pour l'accréditation, une équipe d'auto-évaluation par référentiel a été formée à l'animation selon le même principe que celui cité ci dessus.

Cette fois un binôme cadre + médecin animait une équipe pluri-disciplinaire de 15 personnes environ, choisies selon leurs compétences ou sur la base du volontariat (IDE, ou AS ou ASH avec secrétaire, laborantin, manip Rx, cuisinier, etc...) et missionnées également par lettre du directeur.

Il y a 11 équipes au total (environ 170 personnes) :

5 travaillant sur OPC (médecine, chirurgie, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie) et réalisant une synthèse finale de leurs travaux

1 travaillant sur MEA et GSI

1 sur GRH

1 sur QPR (dont VST et SPI)

1 sur DIP

1 sur DPA

1 sur GFL

Il existe un comité de pilotage pour l'accréditation, différent de la commission qualité, appelé COPILA et composé de :

1 professionnel des équipes de soins

1 membre du CA

1 représentant des usagers

2 représentants du CTE

Le calendrier prévisionnel des réunions a été fixé par la direction de la qualité. Tous les groupes et équipes constitués, ont bénéficié de l'aide méthodologique apporté par cette direction pour la partie méthodologique, animation et outil de cueillette de l'information.

Calendrier Accréditation :

Sélection des membres de l'équipe par les animateurs : juillet – août 2000

Formation des animateurs : septembre 2000

Auto-évaluation : octobre 2000 - janvier 2001

Travail des groupes : février 2001 - mars 2002

Cela représente entre 7 à 9 réunions en tout ; une souplesse de fonctionnement dans les groupes est laissée à l'appréciation du binôme d'animation, avec toutefois un suivi des réalisations par le directeur qualité et l'ingénieur qualité.

Une synthèse des 5 groupes travaillant sur OPC, s'est faite en 2 réunions de 4h chacune.

La communication à l'encadrement, aux équipes de soins et aux conseils de services pour validation, a été faite par les groupes eux-mêmes.

- Distinction entre DQ et accréditation faite par le RAQ

DQ : mise en place d'une démarche structurée dans l'établissement pour prise en compte de la satisfaction des patients et du personnel. Intégration dans la collectivité locale, réponse aux objectifs de l'ARH.

ACCREDITATION : photographie à un instant T des références organisationnelles ; reconnaissance interne et externe du travail accompli ; redynamisation de la DQ, mise en œuvre de la DQ pour la satisfaction des patients.

Objectifs : mise en place au CHU et dans les services.

Nomination de responsables puis de référents sur la base du volontariat au niveau institutionnel et dans chaque service intéressé par la DQ. Pour l'instant 12 services sur 60 sont concernés.

Chaque chef de service doit faire une lettre d'engagement écrite d'entrée dans la DQ.

1^è étape

D'abord diffusion d'un glossaire qualité et accréditation. Puis recensement des actions existantes dans tous les services du CHU. Ensuite diffusion d'un manuel d'auto-évaluation interne avant sortie du manuel ANAES avec des chapitres adaptés aux secteurs d'activité, dont une partie commune à tous (organisation et pilotage du projet), et une partie spécifique à l'activité concernée. Enfin sensibilisation, communication des personnels.

2^è étape

Organiser les réunions par services avec les référents de services, prévoir l'organisation matérielle et la planification.

3^è étape

Auto-évaluation à partir du manuel interne. Evaluation faite à 2 niveaux : au niveau des pratiques professionnelles internes au service, (avec professionnels du service), faite par le RAQ, au niveau des pratiques managériales, faite par un consultant extérieur, et impliquant le comité qualité uniquement.

Puis mise en place de PAQ se basant sur la synthèse des 2 auto-évaluations.

2 types d'actions sont privilégiées : à court terme (moins de 3 mois pour les services de soins) / à moyen et long terme (Plus de 3 mois et concernant des projets de services par exemple)

Evaluation interne par RAQ au bout de 6 mois ; propose les outils, fiches actions ...

-1) photographie de l'établissement.

décembre 1996/ janvier-février 1997 : auto-évaluation des organisations par établissement à partir du référentiel élaboré au niveau du bureau de l'assurance qualité de la fédération de l'hospitalisation privée (psychiatrie). Critères : accueil, prise en charge du patient, circuit du médicament, restauration, hygiène des locaux, hygiène des soins, environnement. Priorités et objectifs qualité fixés. Analyse des dysfonctionnements et propositions en équipe pluriprofessionnelle

1998-1999 : auto-évaluation par établissement à partir des 11 référentiels expérimentaux de l'ANAES → plan d'amélioration continue de la qualité sur 3 ans

1999-2001 : auto-évaluation d'accréditation à blanc à partir des 10 référentiels ANAES par les visiteurs qualité

A partir de 2000 : planification des visites d'accréditation

A partir de 2001 : mise en place des visites de labellisation

2) Satisfaction des attentes des clients.

1997-1998 :

- analyse de la satisfaction des patients à partir de l'analyse trimestrielle des questionnaires de sortie avec un indicateur de résultat (60% de taux de retour) ; analyse et mesures correctives par établissement puis diffusion à la direction générale du groupe
- analyse des doléances (registre d'accueil)
- analyse des plaintes (commission de conciliation)
- enquête de satisfaction spécifique sur la restauration auprès des salariés et médecins
- enquête de satisfaction auprès des médecins correspondants

2001 : enquête pour connaître les attentes des patients hospitalisés dans les cliniques psychiatriques

3) Satisfaction des personnels.

199-2000 : planification par établissement d'enquêtes de satisfaction des personnels à partir d'un questionnaire comprenant 41 critères d'évaluation et d'entretiens par groupes de professionnel

4) Mise en place de structures et de référents.

1997-1998 (+ suivi annuel) : CME, comité du médicament, CLIN, vigilances (matérovigilance, pharmacovigilance, suivi post-transfusion), commission de conciliation, responsable de sécurité, infirmier référent urgence

2001 : comité de lutte contre la douleur

2002-2003 : regroupement des vigilances en un seul comité

5) Évaluation des pratiques professionnelles.

1997-1999 (poursuite annuelle) .

Évaluation de l'application des protocoles et procédures (méthode de l'audit interne) : hygiène, sismothérapie, isolement psychiatrique

Évaluation des dossiers du patient et délai d'envoi du compte rendu médical d'hospitalisation

Évaluation du taux des infections nosocomiales

Évaluation de la consommation d'antibiotiques

Évaluation du délai d'attente lors de l'accueil des patients

6) Évaluation de la gestion de la qualité.

1999-2001 : implication des professionnels dans la démarche qualité-accréditation. Depuis 1997, avec analyse des résultats et mise en place de mesures correctives : satisfaction des patients, des médecins correspondants, des professionnels, des stagiaires. Analyse des rapports annuels d'activité des services.

7) Gestion et prévention des risques.

Domaines : enregistrement des incidents (événements indésirables), sécurité incendie, pharmacovigilance, gestion des plaintes, exposition du personnel, lutte contre les infections nosocomiales, hygiène alimentaire, prévention de l'environnement, matérovigilance

Action : enregistrement, analyse, mesures d'amélioration, diffusion des résultats au RAQ, aux professionnels, à la CME et à la direction qualité

APPRECIER L'IMPACT DES DEMARCHES

Q 5 : Quels ont été les points forts et les freins ?

- les freins à la réalisation de cette démarche sont les craintes liées au changement de la culture de management. Il faut en effet passer d'une vision théorique à une vision pragmatique. La qualité gêne, il faut montrer que chacun fait de la qualité et qu'il suffit de la formaliser. La formalisation induit une transparence dans le travail quotidien qui a pour effet bénéfique de limiter les comportements tactiques individuels. Au niveau des médecins, un appel d'offre a été lancé au niveau des services pour participer à la démarche. Beaucoup de

réponses de volontaires ont été reçues. Les plus défavorables à la démarche se trouvaient plutôt parmi l'équipe de direction. Ce nouveau mode de management limite les sources de pouvoir.

- Le frein majeur est culturel : conservatisme des traditions centrées sur le fonctionnement du service.

La communication (principalement par le biais du petit journal interne) a accompagné l'accréditation, mais avec le recul, elle apparaît insuffisante toutefois.

- Un frein au démarrage est la nécessité, pour le personnel soignant, de s'approprier ce concept de manière concrète dans le contexte des tâches quotidiennes.

La diffusion de la DQ a été plus difficile parmi les médecins et le personnel administratif :

Au niveau médical, la DQ a été appréhendée plus comme une démarche organisationnelle mais qui ne concernait pas vraiment les pratiques médicales. Fin 2002, la direction qualité du CHU est à la recherche d'une nouvelle voie d'abord pour diffuser la démarche qualité au niveau du corps médical.

Pour le personnel administratif, la difficulté de s'approprier la DQ est probablement liée à la distance entre le personnel et les malades.

Un frein à la DQ est également le problème de la définition de la DQ, la direction de la qualité n'a pas encore trouvé sa vraie place, la DQ n'est pas encore un outil de management, la DQ n'est pas encore un outil de réorganisation ni d'optimisation des moyens.

Au moment de l'auto-évaluation (2000), le CHU a organisé en avril 2000 dans un premier temps des réunions d'information pour les personnels soignants (15 réunions au total).

A partir de juin 2000 : 12 groupes différents ont travaillé sur la prise en charge du patient
 1 seul groupe s'est réuni pour tout le CHU pour les autres référentiels
 6 à 10 réunions par groupe ont eu lieu jusqu'en octobre 2000

Le rapport a été transmis à l'ANAES en novembre 2000.

Les 6 experts visiteurs ont passé 10 jours au CHU en janvier 2001 et le Collège d'accréditation a émis :

3 recommandations : archivage, déchets de soins, stérilisation et 2 réserves : confidentialité, conformité des prescriptions.

la réserve émise sur la confidentialité a été contestée par le CHU mais a été maintenue par le Collège.

- Points forts : L'engagement de la direction

 A permis de fédérer le personnel

 A donné une réelle existence aux pôles

 A permis au personnel de développer un sentiment d'appartenance à l'institution hospitalière

 A créé une dynamique et motivé le personnel sur un projet commun

 A instauré un esprit démarche qualité du fait de la participation active des personnels

L'auto évaluation a été un temps très fort dans l'établissement.

Freins : La participation moins importante du corps médical qui ne voyait pas l'utilité du référentiel

 La date de l'auto évaluation (juin, juillet, août) qui a entraîné la multiplication des intervenants, les agents se remplaçant pendant leurs congés.

-Freins : les médecins avaient peu l'habitude de ce type d'animation

Points forts : moment fédérateur pour l'institution

 mobilisation générale de l'établissement

- Point fort = nouvelle dynamique impulsée à l'ensemble de l'équipe

Tous les protocoles ont été écrits avec l'ensemble du personnel, uniformisation des pratiques

Frein = coût (en temps de personnel)

Mais investissement dans le temps car : des infections nosocomiales par exemple, des bonnes pratiques

La procédure d'accréditation n'a fait l'objet d'aucune recommandation (seul établissement dans ce cas dans le département), ce qui a été très valorisant pour le personnel.

-...

- Freins à la DQ : Chronophage

Quelques éléments récalcitrants

Points forts : Motivation individuelle

Échanges fructueux entre les différents secteurs du labo

Investissement d'un biologiste dans la démarche qui l'a portée et continue à la faire vivre.

- Points forts : mobilisation générale du personnel, sauf des médecins qui se sont très peu impliqués dans la démarche.

Méthodologie rigoureuse, identique pour tous et communication générale des travaux réalisés.

Valorisation des expériences à partir des expériences professionnelles par sites.

Volontariat pour la constitution des équipes.

Freins : cloisonnement, corporatisme (frein majeur ; chacun s'occupe de sa chapelle et a du mal à voir celle de l'autre).

Au début perte d'appropriation des travaux déjà accomplis isolément (ex : les menus) pour ensuite faire travailler ensemble les différents acteurs concernés par un même sujet.

-Freins : niveau de culture des agents (grande entre les différents corps de métier)

taille de l'établissement (d'où démarche progressive)

le contexte hospitalier (pénurie de personnel, RTT, charge de travail...)

transversalité et fonctionnement hiérarchique incompatibles

cloisonnement entre les différents métiers

Forces : DQ structurée

Amélioration du management à l'hôpital

Mise en place de référents dans chaque service

- C'est une démarche enrichissante, pédagogique, favorisant le changement.

Limites : procédure lourde qui demande une organisation rigoureuse, cadrée sur le long terme

procédure consommatrice de temps

risque d'usure des professionnels

« effet de soufflé » après la visite d'accréditation

risque de tomber dans la surqualité : coût élevé et inutile

coût : il faut payer les gens en + ou quelqu'un pour les remplacer

Q 6 : Est-ce que les attentes que vous aviez au départ ont été satisfaites ?

- Nos attentes ont été atteintes. Notre premier objectif était d'obtenir une certification ISO. Cet objectif a été atteint. Nous sommes en effet certifié AFNOR. Notre travail fait l'objet de deux fiches techniques AFNOR : la FD

133 sur l'imagerie médicale et la FD130 sur les normes santé. Nos méthodes ont donc été déployées au niveau français, dans les services d'imagerie français, et nous bénéficions ainsi d'une crédibilité institutionnelle.

Notre second objectif a également été atteint. En effet, nous sommes parvenus à déployer notre méthodologie à l'intérieur du CHU, dans chaque service.

- L'accréditation est ressentie avec déception. C'est une énorme machine qui demande beaucoup de travail. Des visiteurs, pas tous très compétents, sont venus éplucher les procédures sur la base d'un référentiel très transversal, très global, très dense mais qui, en fait, ne touche pas beaucoup aux activités. Il conviendrait que l'accréditation s'oriente davantage vers les pratiques médicales. Il est reproché aussi que l'accréditation ne s'intéresse pas au malade pour lui demander son avis sur l'organisation des soins.

Au terme de la visite, les visiteurs émirent leurs observations dans le cadre d'une réunion (non un débat) à laquelle le personnel du CH assista nombreux. Il ressort du rapport des réserves, mal ressenties, pas toutes justifiées, dont les moins pertinentes furent contestées et purent être levées avant publication.

Certaines réserves (attendues, comme la permanence gynéco 24/24h) purent toutefois avoir un effet positif de nature à induire un changement.

- Impact fort de la DQ au niveau de la culture et du fonctionnement des services.

Avec l'auto-évaluation et le processus d'accréditation, 10% du personnel a été impliqué dans la DQ en inter-filiarité et de manière transversale, ce qui entraîne un décloisonnement dans certains champs d'action.

Les réserves émises par le Collège entraînent une focalisation obligatoire de l'établissement sur des problèmes qu'il n'aurait peut-être pas jugé prioritaires par ailleurs.

Afin de pérenniser la DQ au niveau du CHU, les préconisations de l'ANAES ont été regroupées en un plan de 160 actions (préconisations actuelles + passif du plan expérimental) qui devra être simplifié.

- Attentes satisfaites : Le décloisonnement des services au sens large, services de soins, médico-tech, logistiques...car les échanges se sont réalisés non pas autour de problèmes, de conflits mais sur le mode du constat donc plus constructif. Avant, ils n'avaient rien en commun.

Les comportements et les mentalités ont évolué. La notion de qualité s'est installée. Le corps médical y adhère plus largement.

Frustrations : Le rapport est arrivé un an après la visite et les réserves citées n'étaient pas les sujets attendus. Les groupes de travail instaurés ont été stoppés faute de temps, pour travailler sur les réserves.

La dynamique initiée a été cassée.

- Non, grande déception par rapport au retour des visiteurs. Certains sujets qui semblaient aigus à la direction des soins n'ont pas été abordés. La réserve sur la confidentialité a paru comme une injustice pour l'établissement.

En revanche, la réserve sur la prescription médicale a été une opportunité pour travailler un sujet que les médecins refusaient d'aborder jusqu'à présent.

- Oui, mais problème de continuation dans le temps pour pérenniser les démarches.

La qualité doit être vécue au quotidien et se poursuivre dans le temps.

- J'aimerais avoir une évaluation en continue. Elle a mis en lumière certains dysfonctionnements mais il n'y a pas eu d'effet.

-...

- Oui, notamment les attentes sur : le décloisonnement des services, des secteurs d'activité
la valorisation du travail accompli qui n'est pas faite assez souvent à l'hôpital,
la communication de résultats concrets par les équipes elles-mêmes.

- Du recul est nécessaire pour mesurer les résultats et la satisfaction des attentes.

- Il est bien que quelqu'un de l'extérieur évalue les démarches internes.

Q 7 : Pensez-vous que la démarche qualité apporte un plus à votre établissement ?

- Nous avons réalisés des économies. En effet, nous avons peut éviter des gaspillages en éliminant toute action non dirigée vers le patient. D'autre part, la DQ a permis de mieux organiser le travail. Ainsi le passage aux 35 heures a largement été facilité .

-...

- Climat social plus pondéré ; motivation, discipline au travail ; culture du travail en commun ; mise en place des protocoles.

- C'est un plus car elle permet d'améliorer les prestations et de mobiliser les équipes autour de projets communs. Oui, car elle a permis de toucher un grand nombre de personnes et elle a été une opportunité de travailler sur un sujet sensible du fait de la réserve sur les prescriptions médicales.

Non, car la deuxième réserve sur la confidentialité a cassé la dynamique maintenue après l'auto évaluation et du fait du délai très long du rapport.

- Oui, car elle améliore la prestation et le travail d'équipe.

L'accréditation n'a rien apporté. Bien au contraire, la DQ lancée avant l'arrivée du rapport sur les différents sujets d'amélioration de la qualité choisis par les agents eux-mêmes dans les pôles a été stoppée. Ce type de démarche étant chronophage, il n'est pas possible de mener trop de choses à la fois.

Elle a desservi la DQ déjà ancrée sur l'établissement. La DQ et l'accréditation sont antinomiques.

Plus : elle est obligatoire et elle contraint chacun à participer à la démarche. L'auto évaluation est le moment fort, et c'est très riche pour dégager des pistes de travail =sources d'informations et de diagnostics pour l'établissement. Ce qui a été écrit appartient aux groupes. Grosse adhésion de toutes les catégories professionnelles confondues, vision plus sereine de l'évaluation, décloisonnement des services.

- La DQ apporte une réponse adaptée à toutes les situations.

Si une situation nouvelle se présente au personnel, le réflexe existe maintenant d'en parler, de l'écrire et de faire connaître les solutions apportées

La DQ représente un lien entre les équipes.

-...

- Les Plus de cette DQ : Harmoniser les pratiques

Permettre la reproductibilité des résultats

Sensibiliser à certains domaines comme l'hygiène ou la confidentialité

Autonomiser notre fonctionnement.

On a vu les visiteurs mais cela n'a rien changé à notre fonctionnement. Elle a juste « restimulé » notre vigilance.

- OUI, au niveau organisation générale du fonctionnement de l'hôpital.

-DQ apporte un plus énorme au CHU. Réflexions sur pratiques soignantes engagées, ainsi que sur pratiques managériales. Démarche participative et mobilisatrice non ressentie comme imposée.

- Améliorations pour la prise en charge des patients, structuration des différentes instances, amélioration des conditions du travail, amélioration de la communication interne et externe. L'accréditation n'attire pas plus de clients.

Q 8 : Comment voyez-vous l'évolution de la DQ ?

- L'évolution de la démarche qualité à l'approche de l'accréditation se fera selon moi facilement. En effet, les normes ISO et la méthode EFQM instaurent des référentiels suffisamment élevés pour entrer dans l'accréditation : les travaux de notre DQ seront validés par l'ANAES.

Je n'ai pas une bonne opinion sur l'ANAES et sur la procédure d'accréditation. Je pense que, au lieu de créer une nouvelle structure d'accréditation, nous aurions pu simplement demander une certification par les structures d'ores et déjà existantes (on observe d'ailleurs une tendance européenne à la certification).

Pour nous, la qualité c'est la satisfaction du client. Je vois la certification comme un plus pour la relation client-fournisseur, comme avec les mutuelles par exemple. Pour l'établissement, la certification représente une garantie pour les autres établissements souhaitant travailler avec nous.

De plus, je pense qu'il ne faut pas rester franco-français, il faut ouvrir nos références à celles de l'Europe.

Pour nous, l'accréditation est un examen, une réponse formelle. En effet, il n'y a pas une obligation de résultats, pas de mise en place d'un système d'amélioration. Il en résulte une difficulté de remotiver le personnel après.

Dans notre CHU, on ne fait uniquement pas du bachotage en vue de la procédure d'accréditation, on met en place un système d'amélioration continue de la qualité. Pour nous, l'accréditation sera un outil de réforme des pratiques professionnelles.

Selon moi, le manuel de l'ANAES va évoluer, notamment avec le rapport de la Cour des comptes et son point sur la qualité des soins. A l'heure actuelle, l'accréditation n'implique aucune obligation de résultats (elle implique seulement une obligation de moyens), ainsi l'accréditation demande d'avoir mis en place les moyens susceptibles d'améliorer la qualité or elle ne demande pas d'améliorer le niveau de qualité (exemple : l'existence d'un CLIN qui tourne à vide répond aux exigences de l'accréditation, il n'est pas demandé de voir diminuer le taux d'infections nosocomiales).

En l'absence d'une DQ préalable, l'accréditation ne met pas en place une DQ. Ce sera une réponse formelle. La DQ se fera selon moi par la pression des clients (plaintes, procès).

La qualité permettra surtout une meilleure planification hospitalière, comme l'avait prévue la loi de 91. Nous nous dirigeons vers une loi du marché dans le secteur public, avec des enjeux de concurrence et des réponses à donner à une clientèle.

- L'accréditation est un élément facilitateur, mais la DQ est une démarche différente qui impose une réforme culturelle (pour une culture de l'évaluation) et des outils pour faire les diagnostics et l'évaluation nécessaire.

Il convient de substituer une culture de projet à la culture de territoire.

L'accréditation n'est pas une finalité mais un élément (peut-être aussi un levier de la DQ).

Pas d'avis sur une allocation de moyens fonction de l'accréditation, les modifications induites au CH l'ont été par redéploiement de moyens (sur la base de préceptes tels que : aucun service n'est propriétaire de ses postes et tout poste vacant peut entraîner une redistribution des moyens).

L'hôpital de demain devra répondre à une logique de bassin de population, qui déterminera le nombre de plateaux techniques et de structures sur un territoire donné.

- La difficulté est de la faire perdurer. La DURC réfléchit à la façon de la structurer sous la forme de démarche continue avec l'élaboration d'indicateurs de suivi.

- Quand la visite de janvier des visiteurs sera faite par rapport aux réserves émises, nous redémarrerons notre DQ débutée depuis longtemps. La difficulté est d'entretenir la motivation.

L'accréditation : l'auto évaluation est un événement positif dans la vie de l'institution. Le rapport est discutable.

-...

-...

-...

-...

- Plus d'implication des médecins, développement de la communication interne.

Accompagner l'appropriation de la démarche dans tous les services.

Développer la politique du dossier patient, organiser la gestion des plaintes.

CONCLUSION : DQ = outil de réforme et d'évolution des pratiques professionnelles, et non réponse formelle à l'accréditation.

- DQ va s'insérer dans démarche d'accréditation car visite prévue fin 2003.

Evolution DQ : Renforcer le fonctionnement en transversal et par processus, Maintenir la dynamique existante, Valoriser ce qui est fait, Favoriser le décloisonnement et gagner du temps pour éviter que chacun refasse ce qui existe déjà dans l'établissement.

CONCLUSION : DQ = outil de réforme et d'évolution des pratiques professionnelles.

- L'accréditation s'appuie sur la démarche qualité et la valorise. Il y a une émulation des projets d'établissement, qui ne sont plus seulement du papier : il y a ouverture vers l'extérieur. L'accréditation crée une dynamique, suscitant une adhésion pendant et après la visite des experts, qui provoque une réflexion.

Annexe 4 : Regroupement des entretiens avec les représentants d'institutions

Premier entretien : Responsable Qualité accréditation ARH

Deuxième entretien : Responsable cellule accréditation-qualité de la FHF

Troisième entretien : Responsables accréditation-qualité de l'ANAES

PREMIER ENTRETIEN : ARH

APPREHENDER LE CONTEXTE ET LA DYNAMIQUE DE DEPART

1) Quelle est la nature de votre mission au sein de l'A.R.H. ?

Je suis Directeur d'Hôpital en détachement à l'ARH.

Mon domaine de compétence comprend les ressources humaines (mise en place des 35 H), l'animation des comités consultatifs régionaux, les relations entre les DH et l'accréditation.

L'ARH reçoit le rapport d'accréditation. Elle en lien direct avec l'ANAES pour lui le nombre de lits conditionnant le montant de la facture adressée aux établissements de Santé (ES).

2) Qu'attendez-vous de la mise en place des Démarches Qualité (DQ) et des accréditations dans les établissements de la Région ?

Seuls 5 établissements ont reçu leur rapport final d'accréditation.

Pour de nombreux ES, la procédure est engagée : une vingtaine ont commencé l'auto-évaluation ou sont en attente de la visite des experts ou encore attendent de recevoir le rapport d'accréditation.

Pour beaucoup d'ES, l'accréditation en est encore à ses balbutiements et ceci indépendamment de l'avancée de la DQ dans l'établissement.

REPERER LES GRANDES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE

3) Avez-vous eu connaissance des méthodes utilisées pour la mise en place des DQ/ accréditation dans les établissements ?

Non, je n'ai à ma disposition que les rapports d'accréditation.

Mais, de mon expérience comme Directeur d'établissement, j'ai retenu les différentes étapes de la Démarche projet, clefs du succès pour instaurer le changement (examen de l'existant, diagnostic, détermination de l'objectif final, détermination des moyens – appelés aussi objectifs partiels – mise en œuvre des moyens et évaluation de la démarche.).

Pour l'accréditation, il existe un guide relatif à la préparation et à la conduite de la démarche d'accréditation.

L'accréditation crée une obligation de moyens, elle considère que si tous les moyens prévus sont mis en œuvre alors c'est déjà une garantie pour obtenir un résultat satisfaisant. Idée de standardiser les procédures (ex :

protocole de soins). Il ne s'agit pas, dans le cadre de l'accréditation, d'évaluer un niveau de résultat (comme c'est le cas lors de l'attribution de label) mais d'engager une démarche pour aller vers ce résultat.

APPRECIER L'IMPACT DES DEMARCHES

4) Existe-t-il un lien entre accréditation et procédures d'autorisation d'exercice et d'allocation des moyens ? Est-ce une évolution envisageable ?

Juridiquement non or l'ARH doit conduire la politique de santé pour l'offre hospitalière dont la dimension qualité fait partie donc l'ARH ne peut ignorer la qualité. Ainsi la prise en compte des résultats d'accréditation reste limitée.

Si l'accréditation donne lieu à un rapport contenant peu de réserve et peu de recommandation alors c'est un bon point pour l'établissement en matière budgétaire.

Les réserves du rapport d'accréditation ne peuvent, selon moi, pas servir de levier pour demander une allocation supplémentaire de moyens.

La sécurité est un paramètre auquel l'ARH accorde beaucoup d'attention : or vaut-il mieux fermer un établissement qui ne respecte pas tout à fait les normes ou le laisser fonctionner même si le respect des normes n'est pas optimal ?

5) Intégrez-vous, via le Contrat d'objectifs et de Moyens, les résultats de l'accréditation d'un établissement dans votre processus de décision ?

L'ARH tient compte de la qualité lorsqu'elle dispose d'indicateur sur la qualité (rapport d'accréditation). Or, comme le souligne la Cour des comptes, l'évaluation de la qualité selon l'ANAES est un outil difficilement utilisable car incomplet. Elle n'évalue en fait que l'environnement du soins et non les pratiques.

Il faut souligner que les pratiques soignantes sont évaluées annuellement au sein des établissements et non par l'ANAES.

En ce qui concerne les pratiques médicales, leur évaluation paraît extrêmement difficile en raison de l'incertitude caractérisant l'exercice de la médecine. Pour autant, il existe déjà des références médicales opposables (ce qu'il ne faut pas faire) et des recommandations de bonne pratique (conseils) résultant des conférences de consensus.

DEUXIEME ENTRETEN : RESPONSABLE DE LA CELLULE QUALITE-ACCREDITATION DE LA FHF

APPREHENDER LE CONTEXTE ET LA DYNAMIQUE DE DEPART

1) Comment la FHF s'est –elle engagée pour promouvoir la DQ dans les EPS ?

La FHF est très sensible à la qualité et la promotion de celle-ci dans les établissements publics représente un axe fort et transversal. Elle utilise pour cela différents vecteurs : Réflexion au sein de groupes de travail et promotion de celle-ci par ses publications (Lettre FHF, revue Hosp de France), par les professionnels eux-mêmes et par les manifestations nationales dont SisQual 2002 (1^{ère} du genre) du 5 au 7 nov. 2002. De plus, la FHF participe aux programmes internationaux dont HOPE.

(Nota : recherche de la Q pour la Q mais jamais, au cours de l'entretien, le mot usager n'a été prononcé)

2) D'après vous, les EPS ont-ils entamé une DQ avant d'engager la procédure d'accréditation ?

L'antériorité est très variable selon les établissements mais la DQ est de plus en plus présente dans les établissements. En cela l'accréditation est incitative.

3) Comment les établissements ont-t-ils procédé pour mettre en œuvre la DQ ?

Là aussi c'est très variable, les établissements ont pu dans ce cadre créer des directions (spécialisées) qualité, ou l'associer à une autre direction. D'autres ne sont pas encore entrés dans cette démarche.

REPERER LES GRANDES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE

4) Quels ont été les points forts et les freins à la réalisation de cette démarche ?

Point faible : le manque de postes. Il faudrait que qualité signifie amélioration des soins, mais la Q consomme du temps et il manque de personnel.

On aurait voulu que le Projet d'établissement comporte, au côté du projet social un projet qualité, mais la loi de modernisation sociale du 4 janvier 2002 n'a pas retenu cette proposition.

5) Qu'attendez-vous de cette DQ/la procédure d'accréditation pour l'évolution des établissements ?

La recherche de la qualité et l'accréditation sont deux notions différentes,. La première est une action continue et la seconde est une photographie à un moment donné.

C'est vrai que l'ANAES ne donne pas toute satisfaction, mais c'est une démarche positive. L'accréditation permet de faire un diagnostic de l'organisation mais n'analyse pas les résultats et il reste à la compléter dans ce sens. C'est une étape (d'une grande réforme), même si elle faillit à sa mission.

APPRECIER L'IMPACT DES DEMARCHES

6) Avec le recul, que pouvez-vous dire sur l'articulation entre DQ et accréditation dans les EPS ?

La loi de 91 créait l'ANDEM et l'évaluation de la qualité des soins. L'ordonnance de 96 créait l'ANAES (par la transformation de l'ANDEM) et rajoutait à cette mission l'accréditation. Dans les faits, l'ANAES n'a pas fait le lien (et ne traite que de l'accréditation).

7) Pensez-vous que la démarche qualité apporte un plus aux établissements ?

C'est un plus vers la Qualité Totale. Le manuel d'accréditation est bien. La qualité totale permet la certification mais l'ANAES préconise le respect du référentiel et se place contre la certification. De plus, ses membres semblent avoir un sentiment de corporatisme poussé à l'extrême.

8) Comment voyez-vous l'évolution de la démarche qualité ?

Dans le manuel, il est écrit que l'accréditation n'est pas un critère de planification ou d'allocation de ressources : c'est une hypocrisie totale ! Il pourra en être tenu compte par exemple, en cas de doublon de structures sur une

même zone ou pour aider financièrement une structure dont la présence est indispensable mais qui ne satisferait pas aux critères de l'accréditation. Il faudrait que celle-ci se généralise (voir chiffres).

TROISIEME ENTRETIEN : ANAES

APPREHENDER LE CONTEXTE ET LA DYNAMIQUE DE DEPART

1) Avec le recul que pouvez vous dire sur l'articulation entre démarche qualité et accréditation dans les établissements de santé ?

1ÈRE PERSONNE : exprime sa stupéfaction par rapport à la question : l'accréditation n'est que l'évaluation d'1 DQ à un instant t : il n'y a pas d'accréditation sans DQ.

2ÈME PERSONNE : nuance : la DQ est la raison d'être de l'accréditation. Néanmoins, le lien est variable selon la maturité des établissements. Q et accréditation peuvent être connectés ou non : s'il n'y a pas de DQ, l'accréditation est un investissement sans gains et difficile à pérenniser.

1ÈRE PERSONNE : il existe 2 types d'accréditation :

- avec une DQ antérieure = accréditation est une reconnaissance du chemin parcouru
- sans DQ antérieure = l'accréditation est un levier utilisation pour une remise à plat et pour être un point d'appui pour construire un programme d'ACQ (amélioration continue de la qualité)

Actuellement, toutes les accréditations internationales sont dans une logique d'accréditation ACQ.

REPERER LES GRANDES ETAPES DE LA MISE EN ŒUVRE

2) Quelles sont les différences essentielles à votre avis, à la mise en place de l'accréditation entre établissements publics et privés ? Quelles peuvent en être les causes ?

1ÈRE PERSONNE : Il ne faut pas oublier que le privé constitue 60% des établissements de santé (ES) : ils sont donc plus nombreux à être accrédités + ils sont souvent de petite taille ce qui est facilitateur d'une conduite de DQ ou pour mener l'accréditation.

De +, ils sont dans une recherche de positionnement / veulent faire reconnaître la qualité de leurs organisations / besoin de survie pour certains / certains à caractère commercial ont une culture entrepreneuriale (CGS : Générale de santé) : en moyenne plus de privés ont commencé plus tôt : probablement antériorité dans DQ.

2ÈME PERSONNE : au vu du peu de recul (seuls 200 ES accrédités), on ne voit pas de développements différents. Il y a une très grande hétérogénéité au sein du public ou du privé.

3) Sur le nombre d'établissements visités, quelles sont les principales faiblesses sur lesquelles les professionnels devraient travailler en priorité ?

1ÈRE PERSONNE : Thèmes les plus fréquents concerne le chap 1 :

- l'information du patient (recueil du consentement éclairé / bénéfices-risques)
- la tenue du dossier : grande difficulté notamment dans les ES privés où intervention de médecins libéraux + pb secondaire : transcription ou signature des prescriptions
- OPC : problématique autour de l'organisation et de la continuité des soins là où activités de chirurgie + autour des besoins spécifiques des patients (douleur / soins palliatifs)

2ÈME PERSONNE : Egalement (à cause du changement culturel ou c'est une faiblesse), réserves autour du développement des DQ et des démarches de gestion des risques : intégration progressive (développement d'indicateurs)

APPRECIER L'IMPACT DES DEMARCHES

4) De votre point de vue la démarche qualité est-elle vécue comme objet de réponse à l'accréditation ou comme outil de réforme des pratiques professionnelles ?

1ÈRE PERSONNE : la logique est celle d'une évaluation d'une organisation et d'une pratique collective : pas des professionnels individuels.

ANAES souhaite la pérennisation des DQ vers une évolution des pratiques professionnelles. Parallèlement, ANAES développe expérimentation pour l'EPP des médecins libéraux (même travaillant dans un ES privé).

2ÈME PERSONNE : de + il existe l'OPC 15 qui se préoccupe de savoir comment l'évaluation des pratiques se fait.

L'accréditation recherche la Q et pas une réponse formelle : logique de changements des pratiques pro + de la culture et des organisations (rôle très important sur les pratiques)

1ÈRE PERSONNE : de +, décloisonnement : la dynamique d'accréditation est pluriprofessionnelle, facteur de changement culturel très important : c'est un levier important aussi bien pour la Q que pour l'accréditation. Repositionnement des relations vers des relations fonctionnelles au lieu de ce qui existait, des relations hiérarchiques.

5) Quel bilan peut-on faire après 4 ans de mise en œuvre effective des procédures d'accréditation ? Quelles semblent être les évolutions prévisibles et l'avenir de cette démarche ?

1ÈRE PERSONNE : il existe une difficulté d'impliquer les représentants médicaux (pas seulement en France). Progressivité du changement et des évolutions menées par l'ANAES. But : promouvoir l'amélioration continue des procédures.

Pbs de mise en œuvre et de suivi des réserves dans cet environnement très instable en particulier dans le privé avec des fusions / concentrations (pas le même ES quand 2^{ème} visite) ;

Des procédures particulières passant par le Ministère de la Défense pour les ES militaires sont en phase conclusive.

Un des succès : la visibilité du processus d'accréditation qu'il faut rendre plus rapide et cohérent. Aujourd'hui, stade de la montée en charge avec 70 personnes au collège de l'accréditation contre 6 au départ même si le statut juridique (établissement public rattaché à l'Etat) n'est pas le plus simple.

L'accréditation n'est pas un classement comme « Le Point », elle ne peut pas répondre à toutes les questions et n'a pas vocation à le faire.

Pour l'élaboration d'indicateurs, progrès à petits pas : grande pression de l'environnement pour multiplier les indicateurs mais l'ANAES résiste à cette pression : pas de précipitation.

2ÈME PERSONNE : Succès car on sait que par rapport à LOI 1991 le mouvement est très lent au début, le travail se fait avec des ES pionniers. L'accréditation a été un boostage important et un vecteur de communication. Aujourd'hui, l'immense majorité des ES : se préparent à l'accréditation, ont mis en place une structure qualité voir ont mis en place une DQ, ont une maturation progressive des DQ dans les ES.

Etude d'impact chez 400 ES par l'ANAES montre qu'il y a un réel effet levier. Même chez les médecins, l'indice d'intérêt augmente, 8 ES sur 10 ont adopté une DQ

1ÈRE PERSONNE : Déficit : jeunesse du système par rapport à cette période nécessaire de 10 ans. Les actions qualité sont plus formalisées qu'évaluées.

Allocation de moyens : Cela peut être utilisé comme paramètre : pourquoi ne pas envisager des interfaces lisibles pour l'élaboration de la 2^{ème} vague des COM.

Méthode : la méthode de l'ANAES est l'ACQ mais il n'y a pas d'exclusion de méthode, il n'y a pas eu de rejet de méthode d'autoévaluation.

L'accréditation est une démarche professionnelle contrairement à l'ISO qui est un processus global (écrit, certification) mais sans ACQ. La DQ repose sur une priorisation des thèmes / l'appropriation des thèmes, la transversalité, le centrage patient, une culture qualité. Logique de grande progressivité.

2ÈME PERSONNE : l'ACQ est l'objectif de tous : l'accréditation est un levier.

Tous ces processus ne sont pas incompatibles (ISO, accréditation)

De plus, le manuel d'accréditation va très loin : programme ambitieux : qu'est-ce que l'ISO peut apporter en + ?

Perspectives

1ÈRE PERSONNE : de développement de l'accréditation : renforcer le lien entre évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et l'organisation collective de la prise en charge du patient.

Rôle des usagers : on s'aperçoit que beaucoup n'ont entendu parler de rien (ailleurs qu'en CA), alors que certains ont participé au comité de pilotage / au groupe d'autoévaluation info et droits du patient... A l'avenir, il faudrait que les représentants des usagers appartiennent au pilotage du plan d'ACQ.

Dans la pratique, statut de représentant usager est insuffisant (tous des retraités) alors que devrait pousser en avant la DQ ; la place de l'utilisateur dépend aussi de la stratégie de l'établissement.

Objectif de 600 visites/ an pour respecter les délais (2^{ème} vague importante en 2006).

2ÈME PERSONNE : l'évolution vers les EPP arrive.

Dans le temps, il y aura une évolution des référentiels : tirer vers le haut et élever le niveau d'exigence. Une refonte du manuel d'accréditation est envisagée mais les axes de réforme restent à dégager.

6) Comment appréhendez-vous le rapport de la Cour des comptes et les conclusions qui en sont faites ?

1ÈRE PERSONNE : La cour accuse l'ANAES de ne pas répondre au cahier des charges alors que sa fixation se fait avec les tutelles (DHOS – DGS – Ministère)

Logique de progressivité ; de +, il est communément admis qu'il faut 10 ans pour évoluer vers une culture qualité : or l'ANAES n'a que 5 ans. Début lent puis passage à vitesse supérieure (1ères visites en décembre 1999) ; de plus, au plan international, l'ANAES est considérée comme rapide.

ACQ prônée par l'ANAES : va se l'appliquer à soi-même + est déjà en train de mettre en place les EPP + passage devant le CA de projet d'optimisation de la procédure (uniformisation de la rédaction des rapports en cohérence...)

Evaluation externe en cours commanditée en Mars 2002 à 3 experts (CCAS canadien, JCAHO, DRDQ Besançon)

Il y a eu 356 visites contre 691 en 2002 car beaucoup de demandes de report (30 à 40% de taux de report par les ES) ; au début, l'inverse : manque de demandes car pas assez de culture qualité ?

Annexe 5 : Regroupement des entretiens avec les représentants des usagers

Premier entretien : CHU 1

Deuxième entretien : Administrateur au CH 1

Troisième entretien : Administrateur (ancien) au CH 1

Quatrième entretien : Administrateur au CHU 3

Cinquième entretien : Administrateur au CHU 2

Q1 : Comment vous situez-vous au sein de l'établissement ? (avez-vous des fonctions au C.A de l'hôpital ?)

- Je siége au conseil d'administration du CHU 1 au titre de représentante des usagers (association JAMALV, accompagnement des mourants), après avoir travaillé comme infirmière au CH x.

- Nommé depuis moins d'un an, a participé à 3 CA et avoue ne pas avoir le recul nécessaire. Il cite l'ancien administrateur comme personne de référence.

~...

~...

~...

Q2 : La notion de qualité liée à l'accréditation a été développée tardivement dans le cas du CH/CHU, quand en avez vous entendu parler pour la première fois ?

- Elle ne peut pas citer de date précise relative à l'origine de cette démarche.

~...

~...

~...

~...

Q3 : Avant cet engagement, avez-vous eu connaissance d'une démarche qualité dans l'établissement ? Quelle forme prenait-elle ?

- Elle a la connaissance d'un groupe de travail chargé de la démarche qualité, qui existe depuis longtemps, et dont l'activité n'est pas très visible. Par ailleurs, 12 groupes de travail thématiques ont été créés, sous l'impulsion de la directrice des soins infirmiers, avec pour objectif l'amélioration des pratiques professionnelles. Elle a été invitée à une réunion du groupe « retour à domicile », et à une information présentant le travail réalisé par la totalité des autres groupes. Elle a pu s'exprimer à chaque fois. Par ailleurs, elle a des contacts avec le personnel soignant, qui lui parle de l'augmentation de la charge de travail (liée notamment à la rédaction de procédures) liée à l'accréditation.

- Son sentiment est que la promotion du personnel à l'ancienneté (position des syndicats en CTP) au détriment de la reconnaissance accordée du mérite va à l'encontre de la qualité recherchée. De plus, pour lui, les 35H se traduisent par une baisse de l'information, de la disponibilité, et par là même la qualité.

- Le CH 1 était un précurseur en matière d'accréditation (il évoque en cela le travail fait en relation avec l'ANDEM au début des années 1990). Cependant, peu d'informations lui ont été données pendant la démarche à laquelle il n'a d'ailleurs pas participé.
Il confirme que le rapport d'accréditation a été durement ressenti par l'hôpital.

- L'établissement vient de s'engager dans la démarche d'accréditation. Il existait déjà une DQ à laquelle les usagers étaient associés (ex : travail des représentants des usagers avec le CLIN).

- Elle a participé à la réunion avec les visiteurs de l'ANAES lors de leur venue.

**Q4 : En tant que représentant des usagers, par quels moyens êtes-vous informé des éventuels problèmes rencontrés par ceux-ci :
par votre participation à la commission de conciliation ?**

- Elle tire un nombre important d'informations des plaintes qui arrivent à la commission de conciliation (environ 30 par an). Ces plaintes concernent surtout les relations avec le personnel soignant, le traitement du dossier médical, et quelquefois la qualité des soins. En tant que membre de la commission, elle intervient auprès du service.

~...

~...

- L'utilisateur participe régulièrement à la réunion de la commission de conciliation.

- Un aperçu des questionnaires de sortie est donné lors des Commissions de Conciliation et personnellement elle n'a eu aucun contact avec un quelconque usager.

Par les informations données par l'administration de l'hôpital ?

- Les plaintes adressées directement à la direction sont automatiquement communiquées à la commission de conciliation. Les usagers hésitent d'ailleurs moins qu'avant à s'adresser à la direction, individuellement ou collectivement, ce qui peut dans ce dernier cas poser quelques problèmes, dans la mesure où les représentants siégeant au CA peuvent se sentir contournés.

~...

~...

~...

- Un aperçu des questionnaires de sortie est donné lors des Commissions de Conciliation et personnellement elle n'a eu aucun contact avec un quelconque usager.

Par l'examen des questionnaires de sortie ?

- Ils sont, pour elle, le meilleur moyen pour déterminer comment les usagers ressentent la qualité à leur niveau. Elle estime que le livret d'accueil n'est pas suffisamment distribué, et qu'on indique pas assez aux usagers qu'ils peuvent remplir un questionnaire de sortie (seuls 15 % le font vraiment).

~...

~...

- L'usager est informé sur le contenu des questionnaires de sortie et les demandes des usagers.

~...

Q5 : Etes-vous clairement identifié dans le livret d'accueil, voire dans les différents services pour permettre aux usagers de vous contacter ?

- Le nom des représentants des usagers figure en bonne place dans le livret d'accueil.

~...

~...

- Le représentant des usagers est identifié dans le livret d'accueil.

~...

Q6 : Avez-vous le sentiment que l'accréditation est ressentie plutôt comme une réponse à une obligation formelle ou une réelle occasion de créer une dynamique de qualité dans tous les services ?

- Elle entend des plaintes de la part du personnel, du fait de la charge de travail supplémentaire. Elle considère cependant que la DQ peut amener chacun à réfléchir sur sa pratique professionnelle, et remettre en cause une certaine routine. L'accréditation peut de plus satisfaire un besoin de reconnaissance de la part du personnel soignant. Mais elle estime que l'impulsion doit provenir des cadres infirmiers, dont le travail purement administratif ne cesse d'augmenter. La qualité du travail dépend avant de la conscience professionnelle de chacun.

- Il a le sentiment que la DQ est un souci de la part des différentes équipes. Il a un écho globalement positif de la part des usagers sans préciser les voies de son information.

~...

- Elle ne fait pas partie du comité de pilotage mis en place pour l'accréditation mais elle est régulièrement informée. Ici, l'accréditation n'est pas ressentie comme une obligation formelle.

~...

Q7 : Les termes de qualité et de recherche de la qualité ont-ils été définis dans une politique claire, à vos yeux, de la part de la direction ?

- Il n'y a pas eu véritablement de politique de communication de la part de la direction, que ce soit auprès du personnel ou des usagers.

~...

~...

~...

- Elle a le sentiment qu'il n'y a pas assez de monde aux urgences, comme partout en France mais son propos n'est pas étayé de faits concrets. D'autre part, elle pense qu'il y a une demande plus importante de communication de dossiers médicaux.

Annexe 6 : Démarche qualité et accréditation à l'étranger

Démarche qualité et accréditation à l'étranger...

Contrairement à la situation prévalant en France, l'accréditation est une idée relativement ancienne à l'étranger; Au sein de l'Union Européenne, des pays tels que Le Royaume Uni, L'Espagne ou encore les Pays Bas mettent, par exemple, en place la réflexion au début des années 80. Mais en la matière, les inspirations et les principaux modèles sont anglo-saxons.

Etats-Unis : C'est le pays précurseur avec une procédure d'accréditation établie en 1951 par la création de la Joint Commission on Accreditation of Health Organization (JCAHO). Le premier mouvement pour la qualité des pratiques l' « American College of Surgeons » est même créé dès 1917 avec la mise en place d'une check list permettant d'évaluer les établissements de santé « The Minimum Standard ».

Autre originalité, la procédure fut initiée originellement par des professionnels et engageaient une procédure d'auto validation sur une base volontaire. La J.C.A.H institutionnalise par la suite la pratique de l'audit médical avec le programme Performance Evaluation Procedure (P.E.P) et en particulier généralise les « case review » ; méthodes d'audit clinique interne vérifiant le caractère approprié des techniques médicales et chirurgicales, le respect des protocoles des praticiens et aussi visant à assurer le suivi des indicateurs de performance. D'abord limitée aux hôpitaux, aux USA (comme au Canada) cette procédure s'est ensuite étendue aux autres institutions sanitaires et s'attache au respect de critères de qualité d'ordre structurels et dans une moindre mesure procéduraux.

Ainsi que le rappelle l'ANAES dans une publication de 1994 ¹¹, « C'est aux Etats Unis que l'expérience est la plus riche en ce qui concerne le domaine de l'évaluation hospitalière, tant par l'ancienneté des programmes d'accréditation que par la notoriété des grandes agences fédérales et le développement de grands programmes chargés d'évaluer et d'autoriser les produits, technologies et programmes de santé. Une structure fédérale telle que l'Agency for Health Care Policy and Research (A.H.C.P.R) a par exemple pour objectif d'améliorer la qualité, le caractère approprié et l'efficacité des soins. Ses axes de recherche et de développement soulignent l'importance prise par l'évaluation des pratiques : évaluation des résultats, élaboration et diffusion de « guidelines », étude de changement de pratiques professionnelles ».

Canada : Le programme d'accréditation est issu de la séparation en 1958 du programme américain, et présente des similitudes avec celui-ci. Les établissements de santé se voient attribuer des agréments relatifs à la qualité par plusieurs acteurs; le Conseil Canadien d'Agrément des Etablissements de Soins, les ministères provinciaux et une corporation regroupant les principales professions médicales sont chargés de les délivrer.

Les ministères de chaque province établissent une autorisation de fonctionner de nature réglementaire et administrative. Cette autorisation est fondée en partie sur les avis rendus par une corporation des médecins, chirurgiens et dentistes, émanation de l'office des professions médicales dont l'autorité morale permet d'imposer un consensus pour l'évaluation des pratiques médicales des établissements (obligatoire tous les 3 ans).

Le Conseil Canadien d'Agrément des Etablissements de Soins, équivalent de notre ANAES délivre son *agrément* à la demande des hôpitaux. Il s'agit d'une évaluation de l'excellence des établissements . Détail original par rapport au modèle français, le rapport n'est pas rendu public et joue le rôle d'un document de gestion interne, il est également insusceptible de fournir un point de comparaison inter-hospitalière. Le conseil vise les établissements selon une périodicité variable (1 à 4 ans), mais contrairement aux Etat-Unis n'existe pas un corps d'inspecteurs employés à temps plein et de plus, il s'agit plus de donner aux hôpitaux l'occasion de faire le point sur la qualité de leurs prestations avec l'aide d'un observateurs externe que de sanctionner des écarts (principe de la recherche de l'excellence).

Au total ces trois types d'évaluation distincts, en apparence redondant, recouvrent, en fait, tout les aspects de la qualité à l'hôpital et contribuent à mettre en place une évaluation performante du secteur de la santé.

L'Australie : Là encore, les pratiques professionnelles sont l'objet d'une évaluation recouvrant des dimensions largement qualitatives. L'originalité de l'approche australienne réside dans la mise en place de structures très indépendantes et dans l'orientation très progressive vers une meilleure prise en compte des réalités nationale et régionales en matière de processus de soins et des résultats obtenus

Dans un premier temps, le Peer Review Resource Center (P.R.R.C) est chargé d'encourager et de répertorier les audits cliniques. Cet organe est créé en 1979 par l'Australian Council on Hospital Standard (A.C.H.S) et l'Australian Medical Association (A.M.A) sous l'impulsion du gouvernement australien. Le but était d'encourager l'implication des médecins dans l'amélioration de leur pratiques. Dès 1983 est prévue dans les standards adoptés la nécessité pour tout établissement de soins d'instituer et de maintenir un programme d'assurance qualité.

Le P.R.R.C, par la suite dissous, voit ses missions confiées aux organismes fondateurs A.M.A et l'A.C.H.S tandis qu' une forte autonomie est laissée aux états australiens pour expérimenter des méthodes et des structures à même de développer l'évaluation et la qualité des hôpitaux australiens, ce qui a permis de développer fortement la culture de l'audit clinique dans les hôpitaux australien.

Enfin, il faut noter que dès 1974 l'Australie avait mis en place un programme indépendant et volontaire d'accréditation hospitalière organisé par l'Australian Council on Hospital Standards et par les professionnels eux mêmes. Ce programme visait à élaborer des standards de façon similaire au modèle américain, a été par la suite complété par le Clinical Evaluation Program (C.E.P), afin de développer des indicateurs cliniques appropriés permettant de mieux cerner la qualité des soins délivrés aux malades en analysant leurs résultats.

D'après « L 'accréditation en France, Comment » Séminaire du 6-7/09/93, coll. IMAGE, éditions ENSP et « la démarche qualité dans un établissement de santé » par Fourcadee, Garnerin, Hergon, Boelle, édition AP-HP 1997.

¹¹ ANAES : Service d'évaluation hospitalière, dr Philippe Duprat, Annexes I , Juin 1994