

Évalue-t-on les structures, les procédures ou les résultats ?

Que l'on touche au domaine de l'évaluation des pratiques cliniques ou à celui de l'accréditation, le débat reste important sur le type d'indicateurs à prendre en compte : évalue-t-on les structures, les procédures ou les résultats ?

Les structures représentent les moyens consacrés au soin des malades, ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la délivrance des soins médicaux. Les procédures regroupent les activités des médecins et des professionnels de soins directement ou indirectement consacrées au diagnostic et au traitement des malades : examen clinique, stratégies de prescription des examens complémentaires et des traitements, suivi des malades, qualité des gestes, circuit du malade...

Les résultats des soins sont les changements que ceux-ci induisent chez le malade en termes d'état de santé, de qualité de vie, de satisfaction. Concernant ces différents domaines, il existe de nombreux indicateurs potentiels.

Le meilleur indicateur de qualité théorique est celui qui qualifie l'état de santé. Une bonne qualité des soins devrait être reflétée par de bons résultats en terme d'indicateurs de santé. Pourtant la plupart des études d'évaluation vérifient simplement l'adéquation à un référentiel, une norme ou des recommandations, car les indicateurs de résultats (en particulier morbidité, mortalité) sont difficiles à mesurer et à interpréter (ainsi le lien entre le résultat et la qualité des procédures mises en œuvre n'est pas toujours évident).

L'évaluation des procédures semble plus pertinente et plus facile à mettre en œuvre que l'évaluation des résultats. En effet, il est plus facile d'évaluer de manière reproductible, et sans biais le plus souvent, le processus de soin (ce qui est fait au malade, où, quand et comment), d'interpréter ces données, d'identifier les dysfonctionnements et d'intervenir afin de corriger ceux-ci. De plus, une nouvelle évaluation quelques mois plus tard permet de déterminer si cette intervention a été efficace.

Ce débat se développe aux États-Unis où l'évaluation des résultats, par exemple, le taux de mortalité pour tel type d'intervention par hôpital ou par chirurgien, a pris une importance très grande dans l'évaluation en routine de la performance des structures hospitalières.

L'administration fédérale américaine vient de

cesser de publier les taux de mortalité par hôpital des patients pris en charge par le programme Medicare en raison de la difficulté d'ajuster ses données sur la gravité de la maladie.

Une autre façon d'évaluer la qualité est de pondérer ces indicateurs de résultats par un indicateur de qualité de vie ou de prendre en compte la satisfaction du patient (du client).

Les indicateurs de satisfaction sont ainsi de plus en plus utilisés en routine pour évaluer une structure hospitalière, sans que là non plus le lien soit clair entre satisfaction et qualité des soins. Les taux de satisfaction sont régulièrement mesurés en France dans de nombreux hôpitaux.

Quels que soient les discussions concernant les domaines pris en compte, les méthodes utilisées ou les indicateurs mesurés, l'évaluation des soins et les actions d'assurance de la qualité sont aujourd'hui un enjeu majeur de toute structure hospitalière qui doit mettre en place les moyens de leur réalisation. [Pierre Durieux](#)

L'accréditation des établissements de santé

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a introduit en France l'accréditation des établissements de santé, des réseaux de soins hospitaliers et des groupements de coopération sanitaire. Cette disposition existe déjà dans plusieurs pays étrangers (États-Unis d'Amérique, Canada, Grande-Bretagne, Catalogne, Australie, Nouvelle Zélande...). Mais s'agit-il bien de la même chose ?

Buts et objectifs de l'accréditation

Bien qu'il existe plusieurs orientations en matière d'accréditation au niveau international, on s'accorde en général sur son but : obtenir une reconnaissance de la qualité des établissements par les pairs et éventuellement par le public et inciter à atteindre certains standards.

En France, il s'agit d'une procédure externe d'évaluation visant à « assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ». Cet objectif amène à rechercher la participation des professionnels de santé à la procédure.

L'accréditation ne doit pas être confondue avec la certification et la recertification des compétences individuelles des professionnels de santé qui lui est complémentaire et a été mise en place dans plusieurs pays.

Champ de l'accréditation

Au niveau international, lorsque la procédure existe, le pourcentage d'établissements accrédités est très variable (de 10 % à 100 %). Dans certains pays, d'autres structures que les établissements sont concernés (aux États-Unis d'Amérique, les services de soins à domicile).

En France, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation spécifie que l'accréditation concernait tous les établissements de santé publics et privés et que l'analyse porte sur les services et activités pratiqués au sein de l'établissement. Les réseaux de soins hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire spécifiés sont également concernés.

L'accréditation en France concernera au moins 3 800 établissements de santé auxquels il convient d'ajouter les réseaux de soins et les groupements de coopération sanitaire. Ce programme ambitieux, dont la réalisation nécessitera des moyens humains et financiers importants, aura un impact potentiel en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins considérable.

Au niveau international, ce sont généralement les associations de professionnels qui sont à l'origine d'un tel programme souvent développé grâce à un organisme à vocation professionnelle. En Catalogne, c'est le ministère de la Santé qui est à l'origine du programme et qui l'a développé. En France, c'est l'État qui est à l'origine de l'accréditation (création par ordonnance) et la mise en œuvre du programme est prévu par une agence (Anaes) ayant le statut d'établissement public administratif.

Type d'évaluation concerné par la procédure d'accréditation

L'ordonnance précise que l'accréditation utilisera des indicateurs, critères et référentiels d'évaluation portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement. Ce projet est ambitieux comparativement à la plupart des pays qui se limitent souvent au processus et aux structures avec parfois des mesures en termes de résultat. Il est probable qu'au début, les aspects liés aux processus seront privilégiés.

Le fait que les « différents services et activités de l'établissement » soient concernés entraîne la nécessité que les équipes de visiteurs soient pluridisciplinaires lorsque l'établissement comporte plusieurs services ou activités. À l'étranger, sauf en Catalogne, les équipes d'accréditation ont une composition triangulaire : infirmières, médecins, administrateurs d'établissements. Il est probable qu'il en sera de même en France, au moins pour les établissements de court séjour, du fait du type d'accréditation proposée.

Ces visiteurs seront des membres du réseau d'experts constitué et animé par l'Anaes. Ils n'exerceront pas cette activité à temps complet afin de conserver un niveau de pratique suffisant pour être reconnus par les professionnels. Toutefois, il est à prévoir dans un premier

L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes)

L'Anaes a été créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Il s'agit d'un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé. C'est une instance à vocation professionnelle. Son conseil d'administration comporte au moins cinquante pour cent de médecins. Par ailleurs, l'État, les organismes d'assurance maladie et mutualistes ne peuvent représenter plus de vingt-cinq pour cent des membres de ce conseil.

Au titre de la mission d'accréditation, l'Anaes élabore ou valide les méthodes et référentiels, elle les diffuse et accrédite les établissements.

Au titre de sa mission d'évaluation en santé, elle est chargée du champ hospitalier et ambulatoire en liaison notamment avec les unions régionales des médecins libéraux. Elle reprend les missions de l'Andem en les élargissant.

Pour assurer ses missions, l'Agence nationale s'appuie sur un conseil scientifique comportant une section d'évaluation et une section d'accréditation et sur un collègue d'accréditation qui dispose de pouvoirs propres en matière d'accréditation (validation du rapport d'accréditation, recommandation à l'établissement).

DC, SD, PG

temps, des problèmes qualitatifs et quantitatifs : la France ne dispose pas aujourd'hui d'un nombre suffisant de compétences dans ce domaine. Des efforts importants en matière de formation doivent être réalisés dans les prochaines années.

Le choix des visiteurs ne peut être le fait que de l'Anaes pour des raisons d'indépendance et de validité de la procédure. La récusation d'un visiteur par un directeur d'établissement ne devrait pouvoir être motivée que par des « conflits d'intérêts » directs ou indirects qu'aurait ce visiteur vis-à-vis de l'établissement concerné. Il est également prévu qu'il n'exerce pas dans la région de l'établissement à accréditer.

Conséquences de l'accréditation

L'accréditation a pour objet l'amélioration de la qualité des soins, dans tous les systèmes de santé où elle a été instaurée. Mais, dans plusieurs pays l'accréditation implique des conséquences diverses : aux États-Unis d'Amérique (lien avec les financeurs, notamment dans le cadre de Medicare et de Medicaid), au Canada (agrément pour la formation universitaire), en Catalogne (le financement par la région d'un établissement de santé est lié à l'accréditation). En France, il n'a pas été institué dans l'ordonnance de conséquence directe à l'accréditation.

En effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, qui est destinataire du rapport d'accréditation validé par le collège de l'accréditation de l'Anaes, est compétent en matière d'autorisation et de planification. Il l'est aussi en matière de contractualisation et, c'est probablement à ce niveau que l'impact de l'accréditation est potentiellement le plus fort. Le contrat pluriannuel passé entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation fixe les délais de mise en œuvre de la procédure d'accréditation. Ces contrats comportent d'autres dispositions et notamment, les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en œuvre des orientations adoptées par la Conférence régionale de santé. Ainsi les résultats de l'accréditation pourraient être utilisés dans la fixation des objectifs du contrat passés entre l'Agence régionale de l'hospitalisation et l'établissement.

L'objectif de l'accréditation est l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient. Sa mise en œuvre (réalisée par l'Anaes) nécessite la collaboration des profes-

Procédure d'accréditation

Il s'agit d'une procédure dont le caractère volontaire demeure : elle est engagée à l'initiative de l'établissement de santé dans un délai de cinq ans à partir de la publication de l'ordonnance hospitalière d'avril 1996. La procédure pourra être engagée dans le cadre de la contractualisation entre l'agence régionale d'hospitalisation et l'établissement de santé. En cas de carence, il est prévu que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation se substitue au directeur de l'établissement de santé pour faire la demande.

Cette procédure d'accréditation sera mise en œuvre par l'Anaes. Ainsi, un document d'analyse comportant les méthodes et référentiels correspondant au type d'établissement devrait être élaboré par l'Anaes puis transmis à l'établissement de santé. Un calendrier d'exécution de la procédure devrait être établi entre l'Anaes et l'établissement de santé en tenant compte de la nature de celui-ci et de ses services et activités.

La visite d'accréditation pourrait être précédée d'une phase d'auto-évaluation. À cette occasion, l'établissement s'appuierait sur les documents préalablement adressés par l'Anaes.

Le rapport de visite des experts devrait être contradictoire ; l'établissement de santé concerné dispose d'un délai pour faire ses remarques. Il est analysé par le collège de l'accréditation, instance interne de l'Anaes mais disposant de sa propre autonomie de décision dans l'accréditation des établissements de santé. Ce collège fait des recommandations éventuelles à l'établissement, le cas échéant par service ou activité ; il précise le délai au terme duquel doit être engagée une nouvelle procédure d'accréditation.

Le rapport d'accréditation validé par le collège est adressé au directeur de l'établissement de santé et au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation concernée.

Le principe de « reconnaissance de la qualité » contenu dans la définition de l'accréditation devrait également concerner le patient, ce qui suppose la transparence de la décision d'accréditation vis-à-vis du public dans des conditions qui seront à déterminer.

Un décret viendra préciser la procédure d'accréditation, seuls les grands principes ayant été indiqués dans le décret constitutif de l'Anaes.

DC, SD, PG

sionnels de santé qui devront également tenir compte du point de vue du patient ; les études d'évaluation de la satisfaction des patients seront prises en compte.

Surtout, pour atteindre ses objectifs, l'accréditation nécessite que les praticiens s'approprient la procédure pour qu'elle ne soit pas une évaluation un jour donné mais bien une action d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

D. Caysac, S. Deschaume, P. Gardeur