



L'accréditation en France

Depuis 1999, les établissements de soins doivent entrer dans une procédure d'accréditation. La qualité de l'établissement est appréciée par l'Anaes.

Les concepts

Yves Matillon
Directeur général
de l'Anaes

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n° 97-311 du 7 avril 1997, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. La procédure d'accréditation constitue un temps particulier d'appréciation par des professionnels des établissements de santé au sein d'un processus continu d'amélioration de la qualité.

Cette procédure d'accréditation s'inspire des modèles anglo-saxons développés depuis de nombreuses années à l'initiative de professionnels de santé soucieux de promouvoir la qualité des services rendus aux patients, tout en veillant à les adapter à la culture et aux particularités du système sanitaire français. Le caractère indépendant de la procédure conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) s'apparente à celui des autres organismes chargés à l'étranger de cette mission. Enfin, le caractère obligatoire de la démarche pour les établissements de santé français n'est pas fondamentalement différent des démarches conduites ailleurs.

Mission et objectif

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.

L'Anaes est chargée de la mise en œuvre de l'accréditation ; elle établit, avec les acteurs du système de santé, des référentiels conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

tion ; elle établit, avec les acteurs du système de santé, des référentiels conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

Champ d'application et limites

Dès 1997, il a été convenu avec l'ensemble des fédérations professionnelles, avec l'accord de l'État et des caisses d'assurance maladie, que dans sa phase initiale de développement :

- la procédure d'accréditation s'applique aux activités des établissements de santé qui participent directement et indirectement à la prise en charge du patient (par exemple, les secteurs logistiques, techniques...);
- les activités d'enseignement et de recherche n'entrent pas dans le champ de l'accréditation ;
- l'accréditation, processus d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des pairs, se différencie notamment d'autres démarches qui ont leurs propres procédures ;
- la démarche de planification consiste à déterminer, en fonction des besoins de santé et des installations existantes, les services et les disciplines à implanter dans un espace géographique donné et pour une période de temps définie. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les cartes sanitaires sont des outils de planification. Ceux-ci sont de la compétence de l'État et des agences régionales de l'hospitalisation ;
- la procédure d'autorisation permet à une structure désignée d'exercer une activité donnée. Elle est délivrée par l'État à l'échelon national ou régional. Les ouvertures de lits, les transplantations, l'assistance médicale à la procréation, la chirurgie cardiaque, le diagnostic prénatal sont quelques exemples du champ de l'autorisation ;
- l'allocation de ressources a pour objet d'allouer les moyens de financement aux établissements de santé. Les outils utilisés sont nombreux — objectif quantifié national, programme de médicalisation du système

Texte extrait principalement du *Manuel d'accréditation*, Anaes, 1999, et du guide *Préparer et conduire votre démarche d'accréditation*. Ces textes sont accessibles par téléchargement sur le site Internet : www.anaes.fr

d'information, taux de recours à l'hospitalisation, priorités nationales, enquêtes diverses, etc. — et varient selon le statut des établissements de santé ;

- l'inspection et le contrôle de conformité présentent des objectifs ciblés, des méthodes spécifiques et font intervenir des acteurs spécialisés ;

- l'évaluation des compétences individuelles et les procédures disciplinaires sont du ressort d'instances internes ou externes à l'établissement de santé.

Il n'en demeure pas moins que si l'accréditation se distingue de ces précédentes démarches, ses résultats fournissent des éléments d'appréciation qui pourront être pris en compte dans différents processus de décision, dont certains de ceux évoqués ci-dessus.

Enfin, l'accréditation se distingue de la certification, qui ne constitue pas un pré-requis à l'accréditation et présente des caractéristiques différentes de l'accréditation quant à son mode et à son champ d'intervention.

Fondements et principes

De la même manière que les notions précédentes ont été établies par les instances de l'Anaes dès leur installation en 1997 et 1998, les principes et les fondements de l'accréditation en France ont été formalisés initialement après une période de deux ans de réflexion partagée afin d'aider à la mise en œuvre d'une démarche novatrice pour qu'elle soit la mieux comprise et la plus appropriée au contexte français.

Les échanges internationaux, de nombreuses réunions de travail, notamment avec les organisations nord-américaines, australiennes, néo-zélandaises, anglaises et de nombreuses personnalités internationales, ont contribué de manière très utile à cette démarche. Les principes suivants ont été définis et retenus :

- la place centrale du patient : l'accréditation s'intéresse en premier lieu au parcours du patient et à la coordination des soins au sein de l'établissement de santé et du réseau de soins. L'accréditation est une évaluation multiprofessionnelle, transversale à l'établissement, de l'organisation et des résultats. Les observations et les niveaux de satisfaction des patients et des autres utilisateurs de l'établissement (entourage du patient, médecin traitant...) sont pris en compte ;

- l'amélioration de la sécurité des soins : la sécurité est l'une des dimensions majeures de la qualité des soins et correspond à l'une des attentes principales des patients vis-à-vis du système de santé. Les soins hospitaliers, dont l'efficacité et la complexité ont crû lors des dernières décennies, s'accompagnent en contrepartie de risques pour les personnes. La prévention des risques repose sur plusieurs éléments, dont le respect de la réglementation en matière de sécurité, le respect des bonnes pratiques et la mise en place d'un système d'évaluation et d'amélioration fondé sur le repérage des risques et de la mise en œuvre d'actions de prévention ;

- l'amélioration continue de la qualité : elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique

des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'implication des personnes. La démarche est pragmatique et procède par des améliorations étape par étape à partir de la situation existante et objectivée par des mesures ;

- l'implication des professionnels exerçant dans l'établissement de santé : l'amélioration de la qualité est le résultat des démarches internes conduites par l'établissement de santé. La participation de l'ensemble des acteurs est indispensable pour l'acceptation des changements et l'appropriation des solutions. Il est essentiel que les différents acteurs soient associés à chaque étape de la démarche d'accréditation. L'Anaes veille tout particulièrement à expliquer, à informer et à communiquer régulièrement avec les professionnels ;

- une démarche continue : l'obtention de résultats à l'issue d'une démarche qualité suppose un engagement de l'établissement de santé sur le long terme. L'accréditation doit inciter à la mise en place de démarches continues d'amélioration de la qualité. Elle correspond à un processus cyclique dans lequel l'auto-évaluation et la visite permettent d'identifier les priorités qui feront l'objet de programmes d'action conduits jusqu'à la procédure d'accréditation suivante ;

- une nécessité d'objectivité : l'accréditation aide l'établissement de santé à réaliser un diagnostic de sa situation sur des critères spécifiques établis par l'Anaes avec les professionnels ;

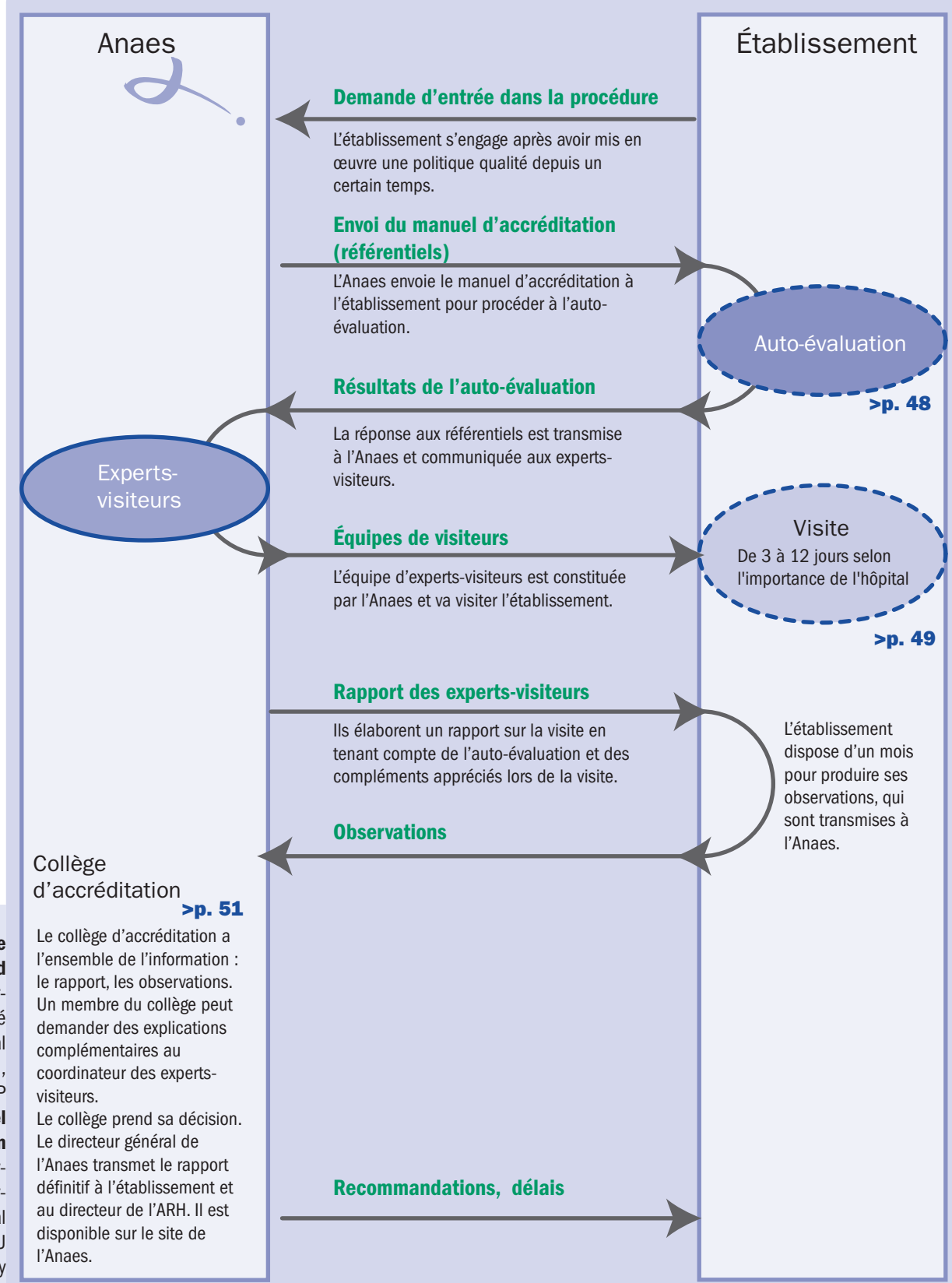
- une communication large des résultats : une option importante a été retenue par les instances de l'Anaes. Le choix a été fait, en 1999, d'une diffusion large d'un compte-rendu d'accréditation assez détaillé. En effet, dès l'envoi du rapport d'accréditation à l'hôpital ou la clinique, le compte-rendu diffusé à l'établissement est placé sur le site Internet de l'Agence et il est accessible par un numéro téléphonique indigo ;

- l'évaluation et l'amélioration continues de la méthode d'accréditation : les principes d'évaluation et d'amélioration continues de la qualité requis des établissements de santé s'appliquent également à l'accréditation elle-même. L'Anaes développe un système de suivi permettant de mesurer l'efficacité, le coût, les difficultés et les éventuels dysfonctionnements de la démarche d'accréditation. L'Anaes adapte et améliore sa démarche en fonction des résultats des expérimentations, des remarques et des conseils des professionnels des établissements de santé visités et des informations recueillies (résultats de l'auto-évaluation, observations des experts-visiteurs, types d'anomalies rencontrées, opportunités d'amélioration...).

Un an après l'installation officielle du Collège de l'accréditation, il apparaît que l'accréditation, véritable révolution culturelle ayant un impact organisationnel et managérial significatif, ayant une influence sur la qualité des soins délivrés, doit être étudiée, évaluée pour apprécier les points d'amélioration dont elle doit bénéficier. C'est aussi à cette condition que l'accréditation atteindra ses objectifs. ■



Les étapes essentielles de la procédure d'accréditation



Collège d'accréditation **>p. 51**

Dominique Bertrand

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

Jean-Michel Simon

Professeur, service de la pharmacie, hôpital central CHRU Nancy

Le collège d'accréditation a l'ensemble de l'information : le rapport, les observations. Un membre du collège peut demander des explications complémentaires au coordinateur des experts-visiteurs.

Le collège prend sa décision. Le directeur général de l'Anaes transmet le rapport définitif à l'établissement et au directeur de l'ARH. Il est disponible sur le site de l'Anaes.

Le manuel d'accréditation

Le manuel d'accréditation est un manuel qui constitue pour tous les établissements hospitaliers (publics et privés) le document de référence rassemblant les objectifs de qualité à atteindre.

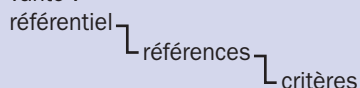
Ce manuel est un manuel transversal : il n'envisage pas la qualité de l'établissement service par service mais permet d'évaluer la qualité de l'ensemble de l'organisation (implication de tous les services, qu'ils soient administratifs, médico-techniques, cliniques ou logistiques) sur des thèmes prédéfinis (droit et information du patient, dossier du patient, etc.).

Le manuel ne constitue pas « une référence d'organisation stricte » pour les établissements de santé : les références et critères de ce manuel sont ciblés sur des thèmes précis (par ex : évaluation du dossier du patient, respect de la confidentialité des données, assurance qualité en cuisine centrale, etc.), mais leur énoncé n'est pas contraignant dans la méthode afin de permettre à l'établissement de s'organiser comme il le souhaite pour y répondre.

Ce manuel n'a pas pour objectif d'évaluer les compétences individuelles, et ne prend pas en compte les activités de recherche et d'enseignement.

Les référentiels

La structure des référentiels se décline selon l'arborescence suivante :



Chaque référentiel est découpé en références, elles-mêmes divisées en critères. La référence est l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de délivrer des soins ou prestations de qualité. La référence est l'objectif à atteindre. Le critère est l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence.

Exemple : référentiel DPA (dossier du patient), ce référentiel contient 7 références. La 7^e référence (DPA 7) contient 2 critères (DPA 7a et DPA 7b).

Référence DPA 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continues.

Critère DPA 7a

L'établissement évalue la qualité des dossiers.

Critère DPA 7b

L'établissement met en place une politique d'amélioration des dossiers.

La 7^e référence (DPA 7) concernant le dossier du patient énonce un objectif à atteindre pour l'hôpital. Cet objectif est le suivant : le dossier du patient fait l'objet d'un dispositif d'évaluation et d'amélioration continues. Deux critères permettent d'atteindre cet objectif : d'une part l'évaluation de la qualité des dossiers, d'autre part la politique d'amélioration des dossiers.

Par ailleurs, l'établissement peut avoir développé d'autres méthodes non proposées dans les critères pour répondre à la référence. Les experts-visiteurs en tiendront compte.

Pour chaque référentiel (DPA,

DIP...), les références sont dans un ordre déterminé. On trouve successivement les références (et les critères correspondant) en rapport avec la politique (ligne de conduite) de l'établissement, l'engagement des acteurs dans la définition et la mise en œuvre de la politique, les outils et/ou pratiques mis en œuvre pour satisfaire le référentiel, l'évaluation des résultats, de la satisfaction aux engagements.

L'échelle d'appréciation

Pour chaque référence, l'établissement indiquera une appréciation de son niveau de conformité selon une échelle à 4 niveaux :

- A. L'établissement satisfait à la référence,
- B. L'établissement satisfait en grande partie à la référence,
- C. L'établissement satisfait partiellement à la référence,
- D. L'établissement ne satisfait pas à la référence.

Structure du manuel d'accréditation

La composition du manuel d'accréditation regroupe trois chapitres et dix référentiels :

1. Le patient et sa prise en charge

- Droits et informations du patient (DIP)
- Dossier du patient (DPA)
- Organisation de la prise en charge des patients (OPC)

2. Management et gestion au service du patient

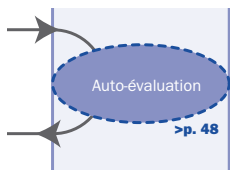
- Management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA)
- Gestion des ressources humaines (GRH)
- Gestion des fonctions logistiques (GFL)
- Gestion du système d'information (GSI)

3. Qualité et prévention

- Gestion de la qualité et prévention des risques (QRP)
- Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle (VST)
- Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux (SPI)



L'auto-évaluation, phase de préparation à l'accréditation



Anne Vanhee-Galois
Responsable qualité,
polyclinique de la
Louvrière

La polyclinique de la Louvière a officialisé sa démarche qualité en 1997, soutenue et menée par un engagement fort du conseil d'administration et de la direction. Les membres de l'ensemble du corps médical et le personnel ont été sensibilisés à ce projet d'établissement et ont adhéré aux divers enjeux. Afin d'assurer un bon démarrage, de nombreuses réunions d'information ont été mises en place pour l'ensemble des services. Le personnel a ainsi été sensibilisé et a pu mieux comprendre les enjeux de cette implication dans la démarche qualité. Procédures, modes opératoires, protocoles, enregistrement et traçabilité ont vite été compris par l'ensemble des responsables médicaux, paramédicaux et administratifs de la structure.

L'établissement s'est engagé dans la procédure d'accréditation le 20 juillet 1999. L'objectif est désormais de maintenir le niveau de qualité pour lequel l'établissement a été reconnu. Il ne faut donc pas voir la visite d'accréditation comme une échéance, mais comme une photographie de l'existant qui doit être pérennisé.

Préalable à l'engagement, obtenir le label qualité sans réserve

Un premier bilan de l'existant (tant au niveau des installations techniques, au sens propre, que sur le plan de l'hébergement) est indispensable à la direction médicale et administrative pour préparer l'accréditation. Cela permettant de cerner l'ampleur du projet à conduire. Ainsi, avant de s'engager dans la démarche d'accréditation, il faut se poser de nombreuses questions telles que : les réglementations en vigueur sont-elles respectées ? la démarche qualité fait-elle partie des principales composantes des projets de l'établissement (projet médical, projet de soins infirmiers) ?

Il importe donc que ces projets fassent l'objet d'un travail d'équipe ; le piège serait de mener ces réflexions uniquement du côté institutionnel sans implication des différents corps de métier (infirmiers, brancardiers, responsables des ressources humaines, représentants sociaux...).

L'engagement de la direction

Au travers du projet d'établissement et de sa dynamique propre, l'établissement doit témoigner d'un engagement long et réel dans une dynamique de gestion de la qualité.

Pour que cette démarche soit opérationnelle dans l'éta-

blissement et que les échéances soient respectées, il est important que la direction s'engage officiellement et fasse connaître les moyens mis en œuvre. Un document écrit doit donc illustrer cet engagement et traduire ainsi le positionnement de la direction lors des diverses réunions (comité de lutte contre les infections nosocomiales, commission de conciliation, réunion d'encadrement, etc.).

Il s'agit par exemple de doter l'établissement d'un responsable qualité, qui figurera comme le réel coordinateur général du projet vis-à-vis des différentes personnes engagées. Une partie de sa mission sera de communiquer, de s'assurer sur le terrain de l'application de cette démarche.

À titre d'exemple, l'intégration de ce poste au sein de la Louvière n'aurait pas été aussi aisée sans le souhait de la direction de voir participer le responsable qualité à toutes les réunions institutionnelles (Comité médical d'établissement, Comité de lutte contre les infections nosocomiales, Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail, Commission de conciliation), « *l'objectif étant la sensibilisation constante à la qualité* ». En effet, disposer d'une vision générale du niveau de qualité de l'établissement est important. Le danger serait de croire qu'il s'agit d'un poste purement administratif.

Dès lors, plus la gestion de la qualité précédera l'engagement dans la procédure de l'accréditation, plus cette anticipation rigoureuse permettra à l'établissement d'appréhender son fonctionnement interne dans sa globalité, en respectant le calendrier prévu. Et, par conséquent, cela permettra de mettre en place la procédure d'accréditation dans de bonnes conditions et allant *crescendo* dans les projets qualité.

La communication de la démarche

Il est important d'intégrer l'ensemble du personnel à cette démarche d'accréditation, de sorte que ce dernier ne ressente pas la démarche comme un projet de la « direction », mais bien comme la volonté de celle-ci d'améliorer la qualité des prestations par l'accréditation.

Dès lors, il faut communiquer régulièrement sur l'état d'avancement de la démarche qualité.

Le lancement de la démarche doit donc bien être un événement organisé en interne et marqué par la communication.

Une méthodologie participative

Dès réception du manuel d'accréditation, la première démarche était de savoir comment réaliser notre auto-évaluation du référentiel d'accréditation. Quel personnel impliquer ? Quelle méthodologie envisager ?

De nombreux professionnels ont donc été impliqués : 80 personnes ont participé à sa rédaction ; le manuel a également été distribué à l'ensemble des services afin que chacun puisse comprendre la finalité de la visite.

L'auto-évaluation

Avant de lancer des groupes de travail, il est important de former le personnel (médical et non médical), afin de

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

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

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

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

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

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

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

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

Une démarche largement documentée

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

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

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

Le maître mot de la visite : la transparence

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

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

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

Le rôle des experts et la visite d'accréditation

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

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

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

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

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

Quelles missions ont-ils ?

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



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

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



Les objectifs généraux se déclinent :

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

Comment se déroule la visite d'accréditation ?

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

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

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

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

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

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

Les visites peuvent être programmées ou impromptues...

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

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

La visite peut être qualifiée ainsi :

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

Qu'apporte la séance de restitution ?

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

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

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

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

Comment est présenté le rapport ?

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

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

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

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

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

Collège d'accréditation
 > p. 51
 Le collège d'accréditation a l'ensemble de l'information : le rapport, les observations.

Le collège de l'accréditation et la procédure

Francis Blotman
 Président du collège d'accréditation, Anaes

Le collège de l'accréditation, instance conclusive de la procédure d'accréditation, a deux missions, précisées dans le décret d'avril 1997 organisant l'Anaes : d'une part, une mission d'examen et de décision quant aux résultats de la procédure d'accréditation de chaque établissement de santé avec la validation d'un rapport d'accréditation et, d'autre part, la rédaction d'un rapport annuel d'activité.

Composition du collège de l'accréditation

Le collège de l'accréditation comporte onze membres titulaires, onze suppléants, nommés pour trois ans par le ministre de la Santé, sur proposition du conseil scientifique de l'Anaes, après avis du conseil d'administration. Il s'agit de professionnels issus d'établissements publics ou privés, ayant plus de quinze ans d'expérience professionnelle et qui continuent leur activité dans leur établissement d'origine.

Sa composition reflète la diversité professionnelle des établissements de santé puisque les membres titulaires ou suppléants regroupent trois membres compétents et expérimentés dans la gestion des établissements de santé, trois membres compétents et expérimentés dans les soins médicaux — dont un en hygiène hospitalière —, trois membres compétents et expérimentés dans les domaines de la pharmacie ou des soins para-médicaux, deux médecins compétents et expérimentés dans la qualité, la sécurité, l'évaluation et l'accréditation. Le mandat des membres du collège de l'accréditation est renouvelable une fois.

Le collège élit en son sein un président qui participe à la vie des autres instances de l'Agence : conseil scientifique et conseil d'administration.

Organisation et modalités de décision du collège de l'accréditation

Le collège de l'accréditation valide la procédure (figure ci-contre) commencée par l'auto-évaluation de l'établissement puis complétée par la visite des experts de l'Agence. Ceux-ci rédigent un rapport soumis pour observations à l'établissement. Le rapport des experts et les observations, ainsi qu'une fiche profil présentant l'établissement, sont ensuite transmis au collège pour décision.

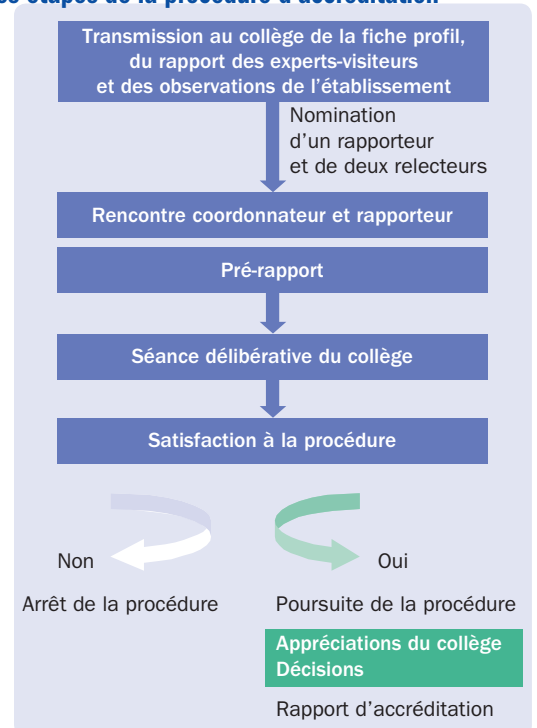
La procédure comporte d'abord, pour le collège, la nomination en son sein d'un rapporteur aidé de deux relecteurs qui vont instruire le dossier. L'étape suivante est une rencontre du rapporteur avec le coordonnateur des experts (le plus souvent par conférence téléphonique). Cette réunion, préparée par l'envoi préalable

au coordonnateur d'une liste de questions, a pour but d'apporter au collège un éclairage sur le contenu du rapport des experts (sans nouvelles informations), sur la réalité de la dynamique de l'établissement et de garantir la cohérence et la qualité de la démarche. Elle permet aussi de conforter et de renforcer les éléments du rapport sur lequel peuvent subsister, pour le collège, des questions et de faire le lien entre différents points des référentiels.

Le rapporteur et les relecteurs rédigent ensuite un pré-rapport qui sera soumis au collège en séance de délibération. Cette séance délibérative, à huis clos, implique la présence minimale de huit membres du collège (deux membres de chacune des catégories professionnelles) et sans conflit d'intérêt avec l'établissement en cause.

L'analyse du dossier se préoccupe, dans un premier temps, de la satisfaction à la procédure d'accréditation. Sont pris en compte, pour l'appréciation de cette satisfaction, la qualité de l'auto-évaluation (notamment son caractère multi-professionnel, transversal et l'analyse de tous les référentiels sur l'ensemble des activités de l'établissement) et des documents issus de cette auto-évaluation, la présentation de la synthèse des documents sur la sécurité, le bon déroulement de la visite et la transparence de l'établissement, l'absence de communication prématurée. Le collège est éclairé dans sa décision par l'avis du coordonnateur recueilli lors de la réunion avec le rapporteur du collège. En cas de non-

Les étapes de la procédure d'accréditation





satisfaction, l'établissement doit reprendre l'ensemble de la procédure, en particulier l'auto-évaluation.

Le vote positif pour la satisfaction à la procédure d'accréditation permet l'examen du dossier quant à son contenu. Les appréciations du collège découlent du rapport des experts et de leurs propositions, analysés à travers le prisme des observations de l'établissement ; elles sont présentées d'abord selon les référentiels puis synthétisées selon trois grandes orientations choisies par le collège : prise en charge du patient, maîtrise de la gestion des situations à risque, dynamique qualité.

Les décisions du collège, prises après vote à bulletins secrets, sont graduées en recommandations, réserves et réserves majeures. Plusieurs principes guident le collège de l'accréditation dans ses décisions. De façon prioritaire, sont pris en compte les dysfonctionnements concernant la prise en charge du malade et sa sécurité. D'autre part, tous les référentiels peuvent donner lieu à recommandation ou réserve. L'analyse s'effectue sur la base des propositions des experts et des observations de l'établissement au rapport des experts, en considérant la fréquence du non-respect de la référence, sa gravité et le degré de mise en œuvre des mesures correctives. La dynamique en termes d'amélioration de la qualité constatée dans l'établissement permet, enfin, de moduler les décisions.

Dans l'éventualité de réserves ou réserves majeures, un suivi à échéance définie est demandé par le collège avec, soit un rapport complémentaire, soit une visite ciblée. Après examen de ce rapport ou du rapport des experts lors de la visite ciblée, l'échéance de la prochaine procédure d'accréditation sera fixée. Elle est, en l'absence de réserve ou de recommandation, de cinq ans.

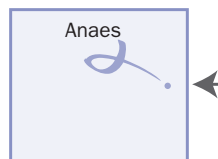
Les contestations

Les décisions du Collège de l'accréditation sont susceptibles de contestations. Un deuxième examen du dossier a lieu. Sont alors pris en compte les éléments factuels indiqués par l'établissement et effectifs à la date d'envoi des observations au rapport des experts visiteurs.

Rapport et compte-rendu d'accréditation

Le rapport d'accréditation, adressé à l'établissement et à l'agence régionale de l'hospitalisation, comporte le rapport des experts-visiteurs, les observations de l'établissement, les appréciations du collège et ses décisions. Le directeur de l'Anaes, à partir de ce rapport d'accréditation, rédige un compte-rendu d'accréditation, rendu public et disponible sur le site Internet de l'Anaes ou par demande sur un numéro indigo.

La procédure d'accréditation, ni contrôle, ni jugement, ni classement des établissements, est, pour ceux-ci, le point de départ ou une étape de la nécessaire politique qualité qu'ils doivent mener pour améliorer la prise en charge des patients. Elle est certes complexe, mais les premiers 31 dossiers conclus en 2000 ont permis d'en montrer la faisabilité. ■



Chantal Lachenaye-Llanas
Directeur
de l'accréditation,
Anaes

Bilan 2000 de l'accréditation et perspectives de l'Anaes

Lancée opérationnellement en juin 1999, la procédure d'accréditation a été élaborée par l'Anaes en étroite collaboration avec les professionnels et des représentants d'usagers de fin 1997, période d'installation des instances délibérantes de l'Agence, au printemps 1999, période de mise à disposition des établissements de santé d'un manuel d'accréditation finalisé, accompagné de ses outils pédagogiques.

Bien entendu, cette mise en œuvre « accélérée » a pu être réalisée grâce à une expertise préalable de modèles d'accréditation anglo-saxons. Cependant le système d'accréditation conduit par l'Anaes présente un certain nombre d'originalités résultant tant de la spécificité du système de santé français, que de la volonté de l'Agence d'instaurer une démarche acceptée des professionnels mais aussi répondant aux attentes des usagers.

Par ailleurs, cette mise en place s'opère dans un système de santé en profonde mutation, mutation portant sur le rôle des acteurs de santé mais aussi réservant une place accrue à l'utilisateur et à ses représentants.

C'est dans ce contexte qu'à l'aube de l'an 2000, l'Anaes a commencé la montée en charge de l'accréditation.

2000 constitue la première année effective de l'accréditation des établissements de santé. En effet, c'est à partir de l'année 2000 que l'Agence dispose de l'ensemble des acteurs de la procédure d'accréditation, le collège de l'accréditation, instance conclusive de la procédure d'accréditation, ayant été formellement installé au 4^e trimestre de l'année 1999. Pour la facilité de l'exposé, ce bilan sera établi en s'adossant aux différentes étapes de la procédure.

L'engagement des établissements : une montée en charge progressive

À la fin de l'année 2000, période pendant laquelle l'entrée dans la procédure d'accréditation s'est effectuée volontairement, l'agence avait reçu et pris en charge de l'ordre de 260 dossiers d'engagement dans la procédure d'accréditation, soit bien moins de 10 % du nombre total des établissements concernés. Ce chiffre a généré beaucoup de commentaires, notamment quant à l'acceptation de la procédure par les établissements. Un certain nombre d'hypothèses ont été avancées pour expliquer cette relative timidité des établissements.

La première d'entre elles est liée à l'objectif même de l'accréditation qui vise à promouvoir et à reconnaître

les démarches qualité des établissements de santé. Promouvoir une démarche qualité au sein d'un établissement requiert du temps car elle amène à devoir opérer des changements dans les pratiques, les comportements et les interactions entre acteurs, donc d'agir sur des facteurs d'ordre culturel. Il est effectivement apparu que les établissements engagés présentaient pour beaucoup d'entre eux une antériorité dans leur démarche qualité et se situaient dans une perspective de reconnaissance de leurs démarches pour expliquer cette situation.

Autre facteur qui a été avancé pour expliquer cette situation : la difficulté de conjuguer la conduite de l'accréditation avec d'autres chantiers importants tels que restructurations, réalisation des projets d'établissements, passage aux 35 heures ou encore faire face à certaines situations conjoncturelles comme les pénuries de personnel. La combinaison de ces échéances avec l'entrée dans l'accréditation est d'autant plus délicate que ces différents sujets constituent par ailleurs, chacun pour ce qui le concerne, un des éléments constitutifs voire même des quasi pré-requis à la démarche d'accréditation.

La question s'est posée dès l'origine de savoir quelle serait la typologie des établissements qui s'engageraient dans la procédure d'accréditation.

Or, à fin 2000, la structure des établissements de santé engagés dans la démarche était représentative de la structure du paysage hospitalier français ; tous les types d'établissements étaient représentés. Ceux-ci étant engagés eu égard à l'état d'avancement de leur démarche qualité.

Détail des demandes d'engagements reçues au 31 décembre 2000

	Nombre	Pourcentage
Public		
CHU*	18	6,8
CH	63	23,9
CHS	20	7,6
HL	9	3,4
Sous-total	110	41,7
Privé		
Clinique privée	99	37,5
PSPH	49	18,5
CLCC	6	2,3
Sous-total	154	58,3
Total des demandes reçues		
	264	100,0

* Soit 14 CHU.

Les visites d'accréditation : une anticipation des ressources nécessaires

L'année 2000 s'est traduite par un doublement du nombre d'experts par rapport à l'année précédente, désormais au nombre de 355. L'équilibre de représentation professionnelle a été respecté entre les médecins, les gestionnaires et les cadres paramédicaux.

La représentation par types d'établissements a été recherchée et progressivement rééquilibrée en 2000, grâce à un nouvel appel à candidature ciblé sur les professionnels issus des établissements privés et de

Répartition des experts-visiteurs par catégorie professionnelle et types d'établissement d'origine au 31 décembre 2000

	Public				Privé PSPH		Total
	CHU	CH	CHS	HL			
Médecins	16	26	10	2	39	21	114
Soignants	24	33	10	4	17	21	109
Gestionnaires	12	25	5	4	37	15	98
Autres	12	4	1	1	7	9	34
Sous-total	64	88	26	11	100	66	-
Total	189				166		355

certain types d'hôpitaux publics (hôpitaux locaux, psychiatrie). Il est apparu à cette occasion que la participation à la mission d'accréditation continuait de mobiliser les professionnels car 600 candidatures ont été reçues par l'Agence.

Les échanges avec ces candidats, en particulier lors de leur sélection, amène à considérer que cette mission d'expertise demeure mobilisatrice car transversale au système de santé, riche d'intérêt et valorisante au plan individuel et professionnel. La formation de près de 180 experts a été organisée par l'Agence sur une durée de 5 jours répartis en 2 modules. Elle constitue un temps fort et permet de s'assurer la cohérence méthodologique entre experts au bénéfice des procédures des différents établissements.

Par ailleurs en 2000 a eu lieu la première formation plénière réunissant l'ensemble des experts-visiteurs avec le collège de l'accréditation portant sur la méthodologie et les interfaces entre ces deux acteurs déterminants de la procédure.

75 visites d'accréditation ont eu lieu en 2000 concernant tous les types établissements, mais pour plus de 60 % des établissements de petite ou moyenne taille.

Cette structure des visites a eu un impact sur la composition et la durée des visites réalisées. Ainsi en 2000 près de 45 visites ont eu une durée inférieure ou égale à trois jours et étaient composées de 3 à 4 visiteurs. À l'extrémité de cet échantillon, 4 visites ont eu une durée calculée en journée hommes (produit du nombre d'experts par la durée de la visite) supérieure à 60.

La durée et la composition des équipes d'experts-visiteurs, eu égard à la taille, la diversité des activités et la dispersion des sites concernés par la visite mérite d'être encore affinée, mais cette évolution ne concerne qu'un nombre limité de structures, présentant une combinaison complexe de ces différents facteurs.

En dehors de ces quelques situations, il convient de résister à une tendance émanant tant de certains établissements que de certains experts-visiteurs, visant à solliciter l'augmentation tant de la durée que du nombre d'experts-visiteurs. La demande des établissements est motivée par le souci de faire visiter tous les secteurs d'activité, en particulier clinique, et donc de favoriser



la rencontre des experts-visiteurs avec une majorité de professionnels. Si légitime que soit cette demande visant à la valorisation des professionnels, elle ne doit pas occulter le fait que c'est lors de la phase d'auto-évaluation, phase beaucoup plus longue à dimension interne, que doit s'effectuer la véritable valorisation des professionnels.

De leur côté, certains experts-visiteurs expriment le souhait que soit rallongée la durée des visites, explicitant leur demande par le besoin d'approfondir certains points pour nourrir leur appréciation.

Là encore, il faut se rappeler que la visite n'a pour seul objectif que de valider les résultats de l'auto-évaluation et d'apprécier la dynamique interne d'amélioration de la qualité ; allonger la durée de la visite pourrait conduire à dénaturer son objet même, et la rendre assimilable à une fonction de contrôle. Cette question fait régulièrement l'objet de discussions au plan international entre les différentes agences d'accréditation – une convergence se dégage dans le sens d'une limitation de la durée des visites et de la composition des équipes d'experts-visiteurs.

La montée en charge du nombre de visites a permis de mettre en place en 2000 une première exploitation des évaluations des experts-visiteurs.

Chaque visite a donné lieu à une évaluation croisée des experts-visiteurs réalisée, d'une part au sein de l'équipe par le coordonnateur de la visite, d'autre part par l'établissement visité, enfin pour le seul coordonnateur de la visite par le chef de projet en charge du suivi du dossier à l'Anaes.

La première exploitation de ces résultats démontre un degré de satisfaction important qui souligne l'homogénéité des équipes et leur cohérence : il s'agit d'un des facteurs clés de succès et d'adhésion des professionnels à la démarche d'accréditation, qu'il est indispensable de préserver, en particulier quand le nombre total d'experts-visiteurs aura été atteint.

Les conclusions des procédures d'accréditation et la communication des résultats

Le bilan des 31 rapports d'accréditation validés par le collège de l'accréditation à la fin de l'année 2000 montre que la procédure aura duré en moyenne 10 mois pour les établissements considérés.

Cette durée se décompose en trois temps : la phase d'auto-évaluation, variable d'un établissement à l'autre selon son degré de préparation lors de l'engagement, celui-ci étant lié et même tributaire de la taille et de la complexité de la structure, la phase de visite comprenant la visite elle-même, la production du rapport des experts, puis la phase conclusive par le rapport d'accréditation établi par le collège de l'accréditation, assorti d'éventuelles contestations de ce rapport.

Or la durée moyenne de cette procédure, pour partie définie par voie réglementaire, a amené à s'interroger sur la pertinence de chacune de ces étapes et à poser l'idée d'une éventuelle solution alternative. Ce débat

a été rapidement clos au motif que chaque étape du processus constitue un levier au service de l'amélioration continue de la qualité ; de plus, ces différents types d'interaction traduisent le caractère pédagogique, progressif et professionnel de la procédure d'accréditation, facilitant l'acceptation de la démarche par les professionnels.

L'option de la communication des résultats des procédures d'accréditation avait été définie par les dispositions réglementaires d'avril 1997. En 2000, l'Anaes et ses instances ont donné du sens à ces dispositions en s'orientant vers la communication d'un compte-rendu d'accréditation détaillé comportant non seulement les décisions du collège de l'accréditation, mais aussi les appréciations sur la base desquelles se sont fondées ces décisions.

Ce choix ambitieux est particulièrement novateur dans l'histoire des systèmes d'accréditation communs au plan international. Ce qui l'est encore plus, c'est que la partie explicative des comptes-rendus d'accréditation a été élaborée avec la contribution d'un groupe de travail dans lequel étaient fortement impliqués des représentants d'utilisateurs.

Enfin, le mode de communication de ce compte-rendu via l'établissement considéré est par ailleurs relayé par deux vecteurs de communication mis en place en 2000 par l'Anaes : la mise en ligne sur le site internet de l'Agence de tous les comptes-rendus diffusés aux établissements, ainsi que le recours à une ligne téléphonique dédiée, permettant à tout usager de se procurer le compte-rendu souhaité.

À la fin de l'année 2000, le faible nombre de comptes rendus disponibles sur ces différents vecteurs de communication (16) ne permet pas une exploitation encore significative de l'impact de cette diffusion aux usagers et aux professionnels. Néanmoins, la progression du nombre de téléchargements ou des demandes des comptes-rendus constitue et va constituer des indicateurs simples et significatifs de l'impact de l'accréditation sur le public.

L'accréditation : quelles perspectives ?

L'accréditation a formellement commencé à exister en 2000 grâce à la publication de ses premiers résultats.

C'est une démarche encore jeune, qui doit faire face à une montée en charge exponentielle, sans toutefois perdre ses valeurs et ses principes fondateurs qui semblent être reçus aujourd'hui favorablement par les professionnels et progressivement par le public. Ces différentes perspectives seront brièvement développées.

Engagement de tous les établissements et planification des procédures

Première clause de rendez-vous pour l'accréditation : avril 2001, période butoir d'engagement de tous les établissements de santé. L'enjeu qui en découle est la capacité pour l'Agence de planifier les procédures

Le respect des normes de sécurité parallèle à la démarche d'accréditation

Bien que distincte de l'accréditation, la démarche de sécurité sanitaire s'impose à l'ensemble des acteurs.

La définition et le respect des normes de sécurité sanitaire appliquées aux établissements de santé constituent une des fonctions régaliennes de l'État. Les inspections réalisées dans ce cadre permettent de garantir que le droit à l'information des patients, la qualité des soins par le respect des normes pratiques professionnelles sont respectés.

Ce pouvoir de police sanitaire est exercé, au niveau national, par le ministre chargé de la Santé aidé depuis le 1^{er} juillet 1998 par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) et, au niveau local, par les préfets et les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation.

Des corps de professionnels sont chargés de l'exécution des contrôles (médecins-inspecteurs de santé publique, pharmaciens-inspecteurs de santé, ingénieurs du génie sani-

taire, ingénieurs d'études sanitaires, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, techniciens sanitaires). Leurs rapports d'inspection, établis dans le respect de leur autonomie, engagent leur responsabilité.

La police sanitaire se distingue de l'accréditation, qui se définit comme une procédure permettant d'évaluer l'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

Il convient donc de préciser le mode et le champ d'intervention de l'Anaes au titre de l'accréditation, par rapport au mode et au champ d'intervention de l'État.

Le manuel d'accréditation précise le rôle des experts-visiteurs en matière de sécurité réglementaire : « *les experts-visiteurs doivent s'assurer que chaque établissement de santé dispose de procédures internes et/ou externes permettant la prise en compte des observations ou recommandations issues des contrôles à caractère réglementaire* ».

Un des objectifs de la procédure d'accréditation est donc de s'assurer que l'établissement a pris en compte

les résultats de ces différentes évaluations et mis en place des plans d'actions correctives dans le cas où il existerait des non-conformités. Il s'agit en quelque sorte d'évaluer la réactivité des établissements de santé face aux recommandations des services d'inspection.

Cependant, même s'il est rappelé que les experts-visiteurs ne sont pas en charge du contrôle de conformité en matière de sécurité, ils ont obligation de signaler au directeur général de l'Anaes les faits ou manquements susceptibles de mettre en jeu la sécurité des patients. Ce dernier en informe sans délai le directeur ou le responsable de l'établissement de santé, ainsi que les autorités compétentes.

Dès lors, il semble que la démarche de sécurité sanitaire et la démarche d'accréditation soient deux démarches parallèles mais que, face à un risque patent pour la santé publique des populations, la première s'impose à l'ensemble des acteurs qu'ils soient agents inspecteurs de l'État ou experts-visiteurs de l'Anaes. ■

Raphaël Schwob
Interne de santé publique
Jean-François Dodet
Médecin inspecteur de santé publique, membre du HCSP

en rapport avec les demandes des établissements, mais aussi les ressources annuellement affectées à l'accréditation.

Aide pédagogique aux établissements nouvellement engagés

Les outils pédagogiques accompagnant le Manuel d'accréditation à sa parution peuvent désormais évoluer à la faveur de l'expérience acquise lors des premières procédures effectivement arrivées à leur terme en 2000. Certaines thématiques développées par le Manuel d'accréditation doivent être approfondies — par exemple dans le domaine de la gestion des risques —, répondant à des questions posées régulièrement par des acteurs du système hospitalier pour aller plus loin dans leurs démarches.

Consolidation du réseau d'experts-visiteurs

Le réseau d'experts doit poursuivre sa montée en charge tout en conservant les qualités des acteurs identifiées lors des premières évaluations. Véritables ambassadeurs de la démarche, porteurs des valeurs de pédagogie et de professionnalisme, les experts-visiteurs seront progressivement structurés en réseau, permettant d'ap-

porter une contribution active aux évolutions même de la démarche.

Diversification du champ d'application de l'accréditation

La place centrale du patient dans les procédures d'accréditation amène l'Anaes à progressivement élargir son champ d'application aux autres modes de prise en charge tels que l'hospitalisation à domicile, les réseaux de soins... L'élargissement du champ d'application de l'accréditation va s'effectuer en respectant les principes et valeurs fondatrices de l'accréditation des établissements de santé et en veillant à la cohérence méthodologique entre ces différentes approches.

Appréciation de l'impact de l'accréditation

Lancer et mettre en place l'accréditation de l'ensemble des structures hospitalières présente un avantage considérable en termes de mesure d'impact que d'autres études des systèmes d'accréditation étrangers regardent avec grand intérêt. Les résultats des mesures d'impact adaptés aux différentes cibles concernées permettront d'évaluer les changements opérés et surtout d'apprécier si la satisfaction et la confiance du public dans le système hospitalier se sont améliorées. ■