



# Éthique et accréditation

<b>Introduction, Robert Zittoun</b>	<b>252</b>
Pour une éthique de l'accréditation	252
Vers une accréditation de l'éthique	253
<b>Cellule de réflexion de l'Espace éthique</b>	<b>255</b>
Indicateurs et référentiels au service d'une qualité des soins	255
Évaluer les pratiques	257
Viser à l'obtention d'un label	258
Une médecine normative	260
Entre autonomie, contrôle et injonction	261
Complexité de la démarche thérapeutique	266
Une pédagogie de l'organisation	270
<b>Annexe - L'accréditation : ses objectifs et ses enjeux,</b>	
<b>Groupe thématique Miramion Éthique des choix</b>	
<b>et enjeux économiques</b>	<b>276</b>
Introduction	276
Les objectifs de l'accréditation	276
L'accréditation : son questionnement éthique	277
Les enjeux pour les équipes de soins	279
La nécessité de rassurer au préalable les acteurs du soin	279
Les points du débat sur les conséquences de l'accréditation	280

# Introduction

Robert Zittoun \*

## Pour une éthique de l'accréditation

L'accréditation arrive donc en France. Comme un certain nombre de modifications structurelles ou culturelles dans le domaine de la santé, après une phase d'initiation aux États-Unis et dans un certain nombre de pays anglo-saxons, cette procédure gagne le vieux continent. Reprenant la définition de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), on ne peut que se réjouir, à l'Espace éthique, de cette procédure d'évaluation externe et indépendante visant à assurer la sécurité et la qualité des soins. Plus fondamentalement, il y a dans la dénomination choisie le concept de crédit-confiance, qui doit sous-tendre tout engagement thérapeutique.

D'où viennent donc les réserves émises, y compris par les experts eux-mêmes, lors du débat de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique ?

Tout d'abord, la crainte évidente que l'on cède à un effet de mode, alors que la procédure connaîtrait un certain désintérêt dans les pays où elle est née. Mais aussi le sentiment que cette démarche, pourtant précédée d'une analyse historique et comparative et d'une mise au point minutieuse du manuel - dont le contenu n'est pas encore publié - ne s'est pas affranchie d'un certain nombre d'ambiguïtés. Le lien avec la compétition envers le financement par les assurances privées est évident aux États-Unis, où l'initiative est venue d'associations de professionnels (Mc Arthur et Moore, 1997)<sup>1</sup>. En France, pays de tradition jacobine, c'est l'ordonnance du 24 avril 1996 qui instaure l'obligation de l'accréditation ; l'ANAES, organisme chargé d'en définir les modalités et de la promouvoir est créée par décret un an après. Il appartient aux établissements de librement demander leur accréditation, mais ils devront tous être accrédités avant 2001 ! L'ANAES prend soin de préciser que l'accréditation n'est pas une procédure de planification, ni une procédure d'auto-risation, ni une méthode d'allocation des ressources aux établissements de santé (cf. *ANAES : L'accréditation en 10 questions*), mais déjà, comme naguère pour les points ISA (Indice Synthétique d'Activité), les esprits se préparent et, bientôt, les indicateurs, critères et référentiels seront épiluchés pour avoir la chance d'emporter le maximum de moyens dans ce qui est bien une compétition.

---

\* Professeur, chef de service d'hématologie clinique, hôpital Hôtel-Dieu, AP-HP.

Les spécialistes aux Etats-Unis, soulignent que le processus d'évaluation assuré là-bas par les JCAHO, équivalents de notre ANAES, provoque l'anxiété chez le personnel, même dans les meilleurs hôpitaux, et que sa préparation est longue et coûteuse (Heitman, 1993). Là-bas aussi, la procédure, officiellement volontaire, est sollicitée par la plupart des établissements, car elle nécessaire à leur financement.

Plus fondamentalement émergent les questions suivantes, qui sont bien des questions d'ordre éthique : qui fixe les normes et les critères ? s'agit-il d'une démarche pédagogique visant à promouvoir l'initiative et la qualité, ou d'un contrôle assorti éventuellement de sanctions ? On voit poindre ici la crainte d'une médecine normative. Apporter le maximum de sécurité et de qualité des soins, correspond bien à la mission des hôpitaux, et cela nécessite, sans doute à tous les niveaux, une démarche technique et rationnelle. Mais une telle rationalisation ne saurait faire l'économie de l'engagement thérapeutique.

L'éthique du soin est d'abord la dynamique même de ce mouvement vers l'autre, le patient qui se confie à nous, dynamique correspondant à une forme d'autonomie.

La complexification du processus de prise en charge des patients implique, en effet, une part d'autonomie suffisante pour l'expression des savoirs organisationnels et conduit à mettre en garde contre les risques d'une dérive normalisatrice (Étienne Minvielle, 1996)<sup>2</sup>.

D'autre part, on retrouve dans ce débat, l'opposition entre qualité et quantité : peut-on assurer la qualité sans le minimum ou plutôt l'optimum nécessaire en termes de quantité ? La promotion de la qualité ne risque-t-elle pas de conduire à renforcer des pôles d'excellence en moindre nombre, au prix de la quantité et de la répartition optimale pour la population ? Ne faut-il pas, au contraire, aider et consolider par une démarche propédeutique les pôles faibles et insuffisants, en les amenant à améliorer leur qualité ? Enfin on ne saurait trop répéter qu'il y a un coût de la qualité, dont le financement reste jusqu'ici incertain. Ces questions ne semblent pas, cependant, correspondre à une défiance systématique envers l'accréditation. Il est vraisemblable que la procédure qui se met en place, si elle tient compte de ces réserves, contribuera à la sécurité et à la qualité des soins dispensés au plus grand nombre.

## **Vers une accréditation de l'éthique**

Un autre aspect mérite d'être dégagé dans cette réflexion sur les rapports entre éthique et accréditation : un des quatre chapitres du manuel d'accréditation portera justement sur les droits et besoins des patients, par conséquent sur l'attitude et les

---

méthodes engagées par les établissements dans un domaine qui est bien d'ordre éthique. Les propositions jugées essentielles incluront, sans doute, l'information du patient et la prise en compte de ses besoins spécifiques, le respect de ses droits, de la confidentialité et l'accessibilité des soins.

Les nouveaux standards d'accréditation aux Etats-Unis, ont, de fait, mis l'accent sur les droits des patients, les variables psychosociales, spirituelles et culturelles influant sur la perception de sa maladie, sa participation aux décisions, la prise en charge de la douleur et l'accompagnement des malades en phase terminale (Heitman, 1993)<sup>3</sup>.

Mais inscrire cette démarche d'ordre éthique au cœur de la mission de l'hôpital, implique de l'évaluer, c'est-à-dire de s'assurer de ce qui est, de fait, réalisé à cet égard.

On en vient donc à accréditer l'éthique, et c'est bien ce qu'entreprend l'AP-HP dans son exercice préliminaire portant sur l'information des patients. D'autres questions vont dès lors se poser et ont commencé à faire l'objet de travaux outre-atlantique : s'il faut établir le lien entre éthique et qualité des structures de soins, quelles démarches d'ordre éthique seront concrètement engagées et quelle serait la place d'éventuels comités d'éthique, à redéfinir, dans de telles démarches et dans le processus d'accréditation lui-même (Anderson, 1996)<sup>4</sup>? Des méthodes validées ont déjà été proposées (Emmanuel, 1996)<sup>5</sup> mais devront être adaptées aux structures et à la culture française.

On le voit, les structures et activités éthiques, présentes et futures de l'AP-HP, sont directement concernées par l'accréditation.

## Références bibliographiques

- 1 - Mc Arthur J.H., Moore F.D., "The two cultures and the health care revolution", *Commerce and professionalism in medical care, JAMA*, 1997; 277 : 985-989.
- 2 - Minvielle E., "L'organisation du travail à l'hôpital. Gérer la singularité à grande échelle", *Revue Française de Gestion*, juin-juillet-août 1996 : 114-124.
- 3 - Heitman E., "A proactive role for the ethics committee or ethics consultant : meeting the JCAOH standards on patients rights", *Trends in health care, Law & Ethics*, 1993; 8 : 11-16.
- 4 - Anderson C.A., "Ethics committees and quality improvement : a necessary link", K. Nurs, *Care Qual.*, 1996; 11 : 22-28.
- 5 - Emmanuel L.L., for the Working Group on Accountability, "A professional response to demands for accountability : practical recommendations regarding ethical aspects of patient care", *Ann. Intern. Med.*, 1996; 124 : 240-249.

# Ethique et accréditation \*

18 décembre 1997

## Invités experts

Dr Pierre Durieux (service de santé publique, hôpital Cochin-Port Royal, AP-HP), Dr Alexandra Fourcade (médecin de santé publique, service évaluation qualité, Direction de la politique médicale, AP-HP), Pr François Lemaire (chef de service de réanimation médicale, hôpital Henri-Mondor, AP-HP), Dr Christophe Segouin (médecin de santé publique, responsable du service de la formation continue des médecins, AP-HP).

## Membres de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique

Michel Baur, Michel Bilis, Michèle Deloche, Pr Quentin Debray, Françoise Duménil-Guillaudeau, Pr Patrick Hardy, Emmanuel Hirsch, Pr Serge Herson, Jean-Christophe Mino, Dr Antoinette Salem, Pr Didier Sicard, Bruno Torti, Jean Wils, Pr Robert Zittoun.

## Invités

Nicole Jacquemin, Françoise Philippo, Marguerite Romiguière (formateurs, Centre de formation continue du personnel hospitalier, AP-HP).

## Indicateurs et référentiels au service d'une qualité des soins

Pierre Durieux

Depuis le développement de l'accréditation en France, nous retrouvons le dogme omniprésent selon lequel l'accréditation va améliorer la qualité des soins. Il existe cependant quelques arguments plaidant contre ce dogme ou pouvant nous conduire à nous interroger à son sujet. Dans notre pays, on constate un tel retard en matière de procédures d'organisation des soins, que nous sommes tous globalement d'accord pour considérer l'accréditation comme une bonne chose qui doit être mise en œuvre d'une manière ou d'une autre.

L'accréditation relève d'une procédure volontaire d'évaluation externe, qui permet de conférer à un établissement de santé, de façon publiquement accessible, une reconnaissance de qualité au regard de références préalablement établies.

---

\* Cette réunion de la Cellule de réflexion de l'Espace éthique, prolonge l'échange consacré le 24 octobre 1996 à : *Les conditions de l'accueil en institution*, publié dans *Espace éthique. Éléments pour un débat. Travaux 1995-1996*, Paris, AP-HP/Doin, 1997, pp. 413-473.

---

L'origine historique de cette procédure, vient des professionnels de santé. Il faut souligner qu'aux États-Unis, cette procédure a été développée par des médecins, en particulier à des fins de lobbying, auprès de l'administration de santé.

Le problème de la définition de la qualité en médecine, reste cependant un sujet d'une approche délicate. Il semble possible de la définir en terme d'efficacité des soins. Dans ce cadre, il convient de s'intéresser au caractère approprié de pratiques ou de procédures d'organisation qui concernent les compétences techniques des professionnels de santé, l'organisation des soins, la qualité de vie des patients et leur satisfaction, la dignité, l'accès aux soins, l'information des malades et le coût des prestations. Des indicateurs spécifiques correspondent à chacun de ces aspects de qualité. La validité de ces indicateurs reste très largement débattue. En particulier, les indicateurs de mortalité sont globalement considérés comme inadéquats, pour évaluer la qualité hospitalière ou l'accès aux soins. Il faut noter que l'accès aux soins est très peu pris en compte dans la procédure d'accréditation en vigueur aux États-Unis.

Nous voyons bien que l'accréditation dépend des indicateurs ou des référentiels utilisés. En France, nous pouvons espérer adopter d'autres référentiels que ceux retenus dans les pays anglo-saxons. Nous devons être plus innovants afin que l'accréditation soit liée à des procédures de qualité et d'accès aux soins.

Je perçois trois problèmes majeurs dans l'accréditation. Cette dernière paraît mal comprise du fait du mélange des genres : le 24 avril 1996, une Ordonnance a mis en place, à la fois une réforme de la planification régionale et une procédure d'accréditation par étapes, ce qui entraîne souvent une confusion entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et l'accréditation. La maîtrise des coûts constitue aujourd'hui un combat pouvant paraître plus important que la maîtrise de la qualité. Or, peut-on maîtriser à la fois les coûts - à travers des systèmes comme les *Managed Care*, aux États-Unis - et l'amélioration de la qualité ?

Sur le plan des structures, des études contradictoires sont publiées, notamment sur la qualité des systèmes de *Managed Care*. De ce fait, il existe peu de financement pour la qualité et une question subsiste : combien sommes-nous prêts à investir pour la qualité ? Il semble difficile de mettre en place un véritable plan qualité dans un hôpital, lorsque nous constatons la difficulté de mise en œuvre d'une seule étude pour améliorer les pratiques. La démarche anglo-saxonne était, au départ, volontaire. Or, en France, persiste une ambiguïté : on parle de démarche volontaire et obligatoire ! Ne sommes-nous pas en train de créer un immense système bureaucratique comme la *Joint Commission*, aux États-Unis, où de très nombreux professionnels de santé ne se sentent plus concernés ? Il ne faut pas croire que la démarche accréditive est complètement intégrée dans le paysage américain.

Elle existe, car elle est nécessaire pour obtenir des financements, bien qu'elle ne me paraisse pas parfaitement perçue par tous les médecins.

Je souhaiterais enfin que l'on utilise des méthodes expérimentales pour évaluer la mise en œuvre de ces procédures, comme on évalue n'importe quelle intervention en santé publique. Sans quoi, nous ne saurons jamais si l'accréditation améliore effectivement la qualité.

## Évaluer les pratiques

Alexandra Fourcade

Pour les professionnels de santé, l'accréditation relève à la fois d'un paradoxe et d'un défi. Aux États-Unis, l'accréditation émanait d'associations de professionnels, en l'occurrence l'association des chirurgiens qui, en 1917, a décidé de se fixer un cahier des charges d'exigences de qualité par rapport à leurs pratiques en termes de tenue du dossier médical, de compétences et d'approche médicale de leurs pratiques professionnelles à l'hôpital. Le paradoxe vient du fait que, malgré l'origine de ces programmes d'accréditation qui émanent des associations professionnelles, on note dans la plupart des pays anglo-saxons un désintérêt des médecins après un certain nombre d'années. Ceci reste particulièrement vrai en Grande-Bretagne où le désintérêt des médecins se traduit par la difficulté à recruter des visiteurs médecins pour les visites d'accréditation.

D'autre part, le référentiel d'accréditation ne prend pas en compte, ou très peu, les bonnes pratiques cliniques et l'évaluation des résultats. Dans les pays anglo-saxons, ce paradoxe peut s'expliquer par l'existence, parallèlement à cette démarche d'accréditation perçue comme une approche administrative de l'amélioration de la qualité, d'une approche professionnelle de l'évaluation médicale de la qualité du soin pilotée par les ordres professionnels.

Le deuxième élément du paradoxe relève de la volonté de reconnaissance. Même si, dans la plupart des pays il existe une volonté de faire de l'accréditation une reconnaissance formelle de la qualité d'un établissement de santé (qualité globale, *a priori*, incluant les pratiques cliniques, les résultats, l'organisation, les procédures), en pratique, le contenu de ces manuels d'accréditation s'intéresse beaucoup plus aux moyens mis en œuvre et à l'organisation, qu'aux résultats effectifs pour le malade en terme d'indicateurs chiffrés. En effet, on dispose de très peu d'indicateurs de résultats cliniques dans les référentiels d'accréditation même si un certain nombre de disciplines font des propositions, actuellement, dans le référentiel américain.

---

En France, l'accréditation relève plutôt du défi, car nous ne disposons pas d'équivalent de régulation par les collèges professionnels. L'Ordonnance, elle-même, a associé les indicateurs portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a reçu comme mission, avant la mise en œuvre de l'accréditation, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles. Elle dispose d'une expertise permettant de penser que, dans le cas du référentiel à venir, la prise en compte des bonnes pratiques cliniques sera intégrée à la procédure d'accréditation. Quelques sociétés savantes ont commencé, depuis plus de trois ans, à développer des référentiels de qualité par rapport à la pratique de leur activité médicale et sont, aujourd'hui, en mesure de faire des propositions à l'ANAES sur ce que pourrait comporter un certain nombre de bonnes pratiques dans leur spécialité.

L'un des enjeux de la procédure d'accréditation en France, est de permettre aux médecins de s'impliquer suffisamment tôt dans la démarche afin de ne pas aboutir aux mêmes résultats qu'au Canada : une complète dissociation entre l'évaluation des pratiques cliniques, sous l'égide de collèges professionnels et la procédure d'accréditation, dispositif purement administratif ne mobilisant aucunement le corps médical.

## **Viser à l'obtention d'un label**

Christophe Segouin

L'accréditation est le mot utilisé pour désigner une procédure et un label de qualité délivré, entre autre, à des structures de soins. Dans des contextes différents, une dizaine de pays, avant la France, ont déjà mis en place des procédures d'accréditation de leurs hôpitaux. Pour un certain nombre d'entre eux, cette démarche est une partie intégrante de la politique de régulation sanitaire. Cette facette de l'accréditation est attestée par les "conséquences" pour l'hôpital, de l'accréditation. L'indépendance et l'objectivité de l'organisme accréditeur apparaissent alors comme une condition essentielle à la crédibilité du système.

Le terme d'accréditation constitue un néologisme concernant à la fois la procédure et le label qui est délivré à l'issue de cette dernière. La plupart des pays ont adapté dans leur langue le terme anglais qui s'orthographe de la même façon (seuls les Québécois l'ont traduit par un mot qui a une signification différente en France, "agrément"). Il n'est toutefois pas sûr que le même vocable recouvre dans chacun des pays qui l'ont mise en place, la même réalité.



La procédure d'accréditation est à peu près la même dans tous les pays : chaque hôpital est tenu d'atteindre le niveau de qualité décrit dans le référentiel utilisé par l'organisme accréditeur. Ce référentiel ou manuel d'auto-évaluation, est composé de normes ou standards faisant référence à des moyens, des procédures et, en nombre moins importants, à des résultats. Il est en général élaboré par des représentants de l'ensemble des professionnels hospitaliers de santé.

L'hôpital, pour atteindre son objectif, met en place une démarche qualité qui présente trois caractéristiques essentielles : elle concerne l'ensemble de l'hôpital, elle implique tous les acteurs et elle se termine par un audit externe que les Français ont appelé visite. À l'issue de cette dernière, un rapport est établi. Ce dernier sert de base au conseil d'accréditation qui va délivrer son verdict : l'hôpital est ou non accrédité ; dans la plupart des pays, il existe plusieurs niveaux d'accréditation (accréditation avec éloges, sous conditions, etc.).

Bien que la délivrance du label d'accréditation ne soit jamais neutre pour l'hôpital, elle revêt une importance de nature différente selon que l'on est au Canada, aux États-Unis ou en Europe. Au Canada, l'accréditation permet à un hôpital de recevoir des médecins en formation. Quant aux pouvoirs publics, aux États-Unis, financeurs de 40 % des dépenses de santé, ils choisissent les hôpitaux qui veulent soigner des malades pris en charge par leurs programmes *Medicare et Medicaid*. Le choix se fait sur des critères de qualité auxquels les hôpitaux, accrédités par un organisme privé et indépendant - la *Joint Commission* - se conforment.

La problématique européenne, se caractérise par la responsabilité importante des pouvoirs publics dans la régulation des systèmes de soins qui implique trois contraintes : favoriser l'accès aux soins, encadrer les dépenses publiques et garantir la qualité des soins.

L'amélioration de l'accès aux soins a été développée en France depuis 1945, date de la création de la Sécurité sociale. Entre 1945 et 1978, les efforts ont porté sur l'élargissement de la population des ayants droit et la mise à disposition de cette population du plus grand nombre de producteurs de soins possibles. Dans les prochaines années, une assurance universelle devrait être créée. L'encadrement des dépenses publiques, qui n'a pas constitué un élément fondamental jusqu'en 1975, est devenu une obsession depuis vingt ans. À travers les modalités de la régulation des dépenses publiques, à un moment ou à un autre apparaît le risque d'un effet sur la qualité que nous ne savons pas mesurer.

On a très peu abordé la qualité des soins jusqu'au début des années 80, car on la considérait comme un acquis. On pensait que plus on montait dans la hiérarchie des diplômes, plus on était sûr de parvenir à la qualité. Aujourd'hui, des éléments structurels (contraintes économiques, absence de régulation de la qualité de la part

---

des professionnels et complexité de la prise en charge du malade) et conjoncturels (les scandales sanitaires et le malaise hospitalier) viennent modifier cet état de fait. Ainsi, la réponse réglementaire dans le sens de l'accréditation paraît logique dans ce contexte.

Ce sujet a été débattu en France à propos de la création de l'ANAES, de sa structure et de son financement.

En fait, quels que soient les modèles, les acteurs de l'accréditation ne restent jamais neutres par rapport à l'accréditation qu'ils délivrent.

## **Une médecine normative**

**François Lemaire**

Au Canada, il n'existe pas une seule accréditation, mais trois : l'accréditation fédérale qui est celle des structures, une accréditation faite par les médecins eux-mêmes (Ordre des médecins) qui évalue les pratiques médicales et enfin une accréditation "académique" faite par les collèges de médecins qui évaluent la qualité des programmes de formation des étudiants et accordent ou non la capacité d'avoir des étudiants et surtout les fonds correspondant.

La culture anglo-saxonne est fondamentalement différente de la nôtre, puisqu'il n'existe pas de structure nationale très exigeante. Il en découle une extrême diversité entre les villes, les structures et les modes de financement. Nous n'avons jamais eu besoin de recourir à l'accréditation pour vérifier l'homogénéité puisque, en France, c'est exactement le contraire qui se passe : tout est fixé par la loi.

L'accréditation selon l'ANAES pourrait reposer sur un référentiel peu exigeant et très général, vérifiant quelques points essentiels : l'évaluation des pratiques, la suppression des pratiques déviantes, l'assurance qualité, la transparence à l'égard des tutelles et des usagers, le souci de la satisfaction des patients et le recours à l'audit externe.

Les médecins français sont-ils prêts à se soumettre à des *normes*? L'accent, chez nous, a toujours été mis sur la relation médecin/malade, singulière, étroite sans qu'un tiers puisse s'immiscer. Les structures médicales de nos hôpitaux sont encore des services (petites structures) qui peuvent vivre en vase clos. Il reste difficile de pénétrer dans ces structures. Le plus souvent, quand, des problèmes graves surviennent à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, on attend la retraite du chef de service... Nous n'avons pas l'habitude des normes.

Aux Etats-Unis, le consumérisme change profondément la relation médecin/malade. La structure de soins est le département, plus grand qu'un service, avec une interaction du *chairman* qui ne permet aucun comportement déviant. Le poids de la tutelle (*Health Maintenance Organization*) est considérable. La pression juridique est importante et les références aux normes interviennent dans les contentieux. La médecine normative Nord-Américaine nous paraît caricaturale car elle est devenue écrasante : les médecins ne peuvent exercer que par *guidelines* (protocoles), et la finalité de ces normes n'est plus seulement médicale mais aussi financière.

Je suis convaincu que nous devons appliquer une médecine normative, à condition que ces normes soient édictées par des pairs sans véritable incidence budgétaire. Ces normes servent, pour la pratique quotidienne, de repères et d'aide à la décision.

Il faut être conscient que l'on peut évaluer des procédures, mais que nous ne savons pas évaluer les performances hospitalières, en termes de mortalité et de durée d'évolution.

## **Entre autonomie, contrôle et injonction**

Michel Baur

Il est nécessaire d'aborder la limite de la norme en médecine. Une norme se définit par rapport à un environnement, des finalités et une mode, quel que soit le système, assurance privé ou étatique. À un moment donné, qu'est-on capable de faire avec les moyens qui nous sont donnés par rapport aux besoins existants ? En France, la construction de normes ne semble pas être notre point fort. La norme ne peut venir que de celui qui a la capacité de la mettre en place. Je trouve complètement insensé d'importer des référentiels Nord-Américain alors que les besoins et les finalités s'imposent chez nous avec leurs spécificités. Il nous appartient donc de construire les normes. Je suis inquiet de l'irresponsabilité, au sens éthique du terme, qui consiste à dire que nous ne sommes pas capables de trouver la solution adéquate.

Pour qui est faite l'accréditation ? pour les patients, avec l'idée qu'il y aura moins de morts par infection nosocomiale, qu'il y aura moins de complications ? pour les professionnels ? pour l'État en matière de santé publique ? Actuellement, cette question politique, profondément éthique, ne trouve pas de réponse claire.

Mon inquiétude est à son comble, car l'accréditation n'est-elle faite que pour quelques-uns, pour le lobbying professionnel ou pour satisfaire les besoins financiers de l'État ? Il n'est pas choquant de définir une norme mettant en relation des

---

besoins et des moyens, mais il me semble que s'impose un discours démagogique, stipulant que l'application de toutes les procédures vise, avant toute autre considération, à la satisfaction du malade.

Nous ne savons pas reconnaître que nous avons fait de l'accréditation, avec une certaine efficacité, sans en avoir véritablement conscience - accompagnée, certes, de quelques conséquences néfastes - au travers de la réglementation concernant l'exercice de telle ou telle profession de santé. Il existe une certaine homogénéité des comportements et des pratiques.

Si l'on prend l'exemple du sida, paraît-il normal qu'un médecin de ville qui voit deux ou trois sidéens par an puisse prétendre soigner dans de bonnes conditions ces personnes ?

On a importé des procédures d'accréditation sur le modèle des entreprises, mais les entreprises savaient pourquoi elles faisaient l'accréditation. On oublie que l'accréditation concernant les services ou les produits, n'est pas conçue avec des méthodes d'élimination mais d'individualisation, pour distinguer un produit d'un autre. S'agissant de santé publique, l'objectif n'est pas de distinguer un malade d'un autre mais de mettre tous les moyens de la santé publique en situation d'assurer la meilleure mission possible. Une confusion intellectuelle persiste à ce propos.

### **Didier Sicard**

En France, l'accréditation risque d'être vécue, au début, comme une procédure policière, mais cela ne devrait pas durer très longtemps. C'est la seule chance pour qu'il y ait un changement culturel - tout le monde insiste sur le désastre de la santé publique... - dans le sens d'un passage d'une médecine individuelle à une médecine de santé publique. Nous sommes restés avec un discours paternaliste, qui pose le problème éthique du rapport entre le médecin et son malade. Je pense que l'intrusion de la santé publique dans le champ de cette relation constituera une évolution positive.

La notion de procédure écrite - car nous demeurons dans une culture de l'oral - devrait modifier les enjeux éthiques de la relation médecin/malade, dans un sens contemporain où la collectivité a le droit de savoir ce dont relève la relation entre un médecin et son malade, mais aussi où le médecin a conscience de sa position par rapport au champ général.

### Jean Wils

Nous avons parlé de structures et de médecins, mais très peu des autres soignants (infirmières, kinésithérapeutes, assistantes sociales, etc.). Pourtant, leur ressenti par rapport à l'accréditation et à l'évaluation, paraît assez négatif. Ils ont peur que leur relation individuelle, singulière, avec les malades soit ternie par l'aspect normatif des procédures.

Si l'on analyse l'origine étymologique du terme "accréditation", on peut se demander pourquoi un tel mot figure dans l'Ordonnance d'avril 1996, car il n'a aucune place dans le champ médical : il est utilisé pour la banque et la diplomatie (on accrédite un ambassadeur). Il me semble que l'on n'a pas voulu utiliser d'autres termes plus normatifs comme "certification".

Nous trouvons-nous dans une définition de l'évaluation qui consisterait à se plier à une conformité, à des normes, en terme de pratique? Dès lors, qui va établir ces normes? Les soignants ont très peur qu'elles soient établies par d'autres qu'eux-mêmes. Il faut savoir qu'il ne peut pas y avoir de normes figées pour les patients : les référentiels doivent être évolutifs.

Cela sera-t-il accepté? Ceci pose le problème éthique de l'autonomie des soignants par rapport à une forme d'injonction.

### Pierre Durieux

Il faut également considérer l'inverse. Je prendrai l'exemple d'un travail que nous avons réalisé à l'AP-HP, sur la prise en charge des traumatismes crâniens bénins. Si vous allez consulter à l'hôpital X avec un traumatisme de ce type, on pratique systématiquement une radiographie du crâne. Si vous consultez à l'hôpital Y, vous n'aurez pas de radiographie (la recommandation est de ne pas en faire). Dans certains domaines, les normes ou les recommandations peuvent être utiles, comme les références médicales opposables en médecine libérale.

### Jean Wils

Le but de ces recommandations est de faire évoluer les comportements. On peut les modifier de façon autoritaire ou amener les gens à évoluer dans leurs pratiques. Je ne suis pas contre les normes, mais le problème est de faire évoluer les professionnels vers les bonnes pratiques.

### Pierre Durieux

En matière de pratiques cliniques, toutes les études montrent que ce sont les actions "dirigistes" qui font évoluer les pratiques rapidement.

---

## Jean Wils

Mais il faut que les professionnels, eux-mêmes, construisent leurs référentiels et les normes.

## Alexandra Fourcade

Les normes que vous avez décrites concernent votre pratique du métier de la kinésithérapie. Or, les normes conçues dans le système d'accréditation n'ont pas vocation à penser une pratique clinique. La logique même de l'accréditation est une approche pluridisciplinaire au service d'un patient, par rapport à une prise en charge type. Concernant les pratiques assurées par les professionnels, qui d'autre qu'eux-mêmes pourrait définir les meilleures procédures relatives à leur métier ?

## François Lemaire

Le plus souvent, les normes n'ont pas de légitimité scientifique. De nombreux domaines nous obligeront à produire des normes sans véritable fondement scientifique. Si l'on regarde ce qui se passe à l'AP-HP aujourd'hui pour son projet d'établissement ("Projet 2000"), nous allons produire des centaines de normes qui n'ont pas la moindre validation. Qui va les valider ? La seule réponse possible reste pragmatique : quand ce sont les professionnels qui les ont élaborées, on parle de "consensus professionnel fort".

## Marguerite Romiguière

Édicter des normes, diffère de faire évoluer des comportements. Quelle adhésion, quelle participation des équipes allons-nous obtenir à l'égard de quelque chose qui vient contrôler de l'extérieur un secteur, alors que peu de temps auparavant, en reprenant l'exemple des cercles de qualité, l'amélioration de la qualité relevait d'une démarche interne ?

L'autre question concerne la pérennité. Quel sera le suivi de cette labélisation ?

## Michel Baur

Lorsque l'on parle d'accréditation, on se réfère aux normes ISO (*International Standard of Organization*). Dans les normes ISO, il existe trois strates : ce qui n'est pas acceptable, l'application des meilleures normes "légiférées" (sécuritaires ou autres) et la capacité d'une entreprise, par ses professionnels, à produire un résultat. Si l'on expliquait les choses de la sorte, on simplifierait toutes les questions. Le fait d'employer le terme accréditation me paraît être le meilleur moyen de se fourvoyer.

### Marguerite Romiguière

Le médecin a une obligation de moyens et non de résultats.

Il y a souvent une confusion entre l'accréditation et l'assurance qualité. Le plan d'assurance qualité est préalable ; le contrôle qualité vient ensuite, mais il s'agit toujours d'un contrôle externe et non d'une prise en charge interne.

### Christophe Segouin

Il n'existe aucun manuel d'accréditation dans le monde, qui explique à un kinésithérapeute ce qu'il doit faire ou à une infirmière comment elle doit poser un cathéter.

Vous resituez l'accréditation par rapport au fait que vous l'acceptez ou pas. Le problème se pose différemment. Si vous êtes un patient qui constate l'existence de problèmes dans le système sanitaire, l'autorisation du professionnel ne vous semble pas essentielle pour lui imposer un changement. Vous voulez, quand vous entrez à l'hôpital ou que vous allez voir le professionnel de soin, être sûr d'être bien soigné, en fonction de normes reconnues dans la région ou au niveau national : vous n'êtes en rien sensible aux états d'âme des professionnels de santé.

Nous sommes dans une situation où nous avons encore le choix, mais je ne pense pas que cet état de faits perdurera longtemps.

D'autre part, on n'accrédite pas des individus, mais une institution. Cela ne remet pas en cause la relation personnelle.

Ce qui semble inexorablement en marche, c'est la volonté de savoir que cette accréditation émane des tutelles, avec un objectif de régulation, ou des usagers, avec un objectif de "qualité garantie".

À mon avis, les professionnels doivent porter le combat sur la pertinence des règles qui seront mises en place et des critères qui seront utilisés. Remettre en cause la notion d'accréditation qui est censée apporter une évaluation objective de la capacité des établissements à produire de la qualité, est une cause perdue. La question reviendra toujours, sous une forme ou sous une autre. Autant l'affronter dès maintenant !

### Françoise Philippo

Je me pose des questions par rapport au ressenti des soignants, car on leur parle actuellement de démarche qualité, de procédures, de référentiels et d'accréditation. On n'a pas encore entendu évoquer le terme de norme, mais cela ne va pas tarder. Le terme accréditation évoque, pour les personnels, la restructuration et le redéploiement. L'évaluation de la qualité des soins renvoie à l'éthique du soin quotidien et à la remise en place de certaines valeurs. Mon souci serait, aujourd'hui, d'établir

---

une démarche d'information et de sensibilisation des personnels, de façon à ce qu'ils coopèrent.

### Antoinette Salem

Le terme accréditation est perçu différemment, selon que l'on est un patient ou un médecin. Autant la conformité à des règles et le respect d'un consensus constituent, *a priori*, des principes rassurants pour le patient, autant, pour le médecin, ils interviennent comme une remise en cause de son savoir-faire et de sa façon de faire. Ceci explique la perception négative de l'accréditation. Si cela pouvait conduire tout un chacun à réfléchir sur sa manière d'agir, ce serait déjà positif.

## Complexité de la démarche thérapeutique

### Quentin Debray

En France, des enquêtes ont été réalisées sur la façon dont les médicaments psychotropes étaient prescrits. Elles ont montré que de nombreux médecins généralistes prescrivait ces molécules sans préalablement poser de diagnostic. Par ailleurs, d'autres enquêtes, dont une européenne, montraient que, parmi les sujets déprimés qui avaient été vus par un médecin, seulement 13 % prenaient des antidépresseurs. Une enquête réalisée cette fois en Ile-de-France, a ramené ce chiffre à 47 %, ce qui est relativement mieux. Quand on dit prendre un antidépresseur, encore faut-il être sûr qu'il est prescrit à une dose suffisante, d'une part, et que d'autre part, ce soit le bon antidépresseur.

L'accréditation peut être bénéfique pour recentrer les débats, si l'on adopte une démarche qui fait succéder diagnostic, objectif, thérapeutique et évaluation.

Lorsque tout ceci aura été fait, nous allons nous apercevoir qu'un certain nombre de patients incurables ou peu curables résisteront à la démarche de normalisation. Actuellement, ces patients sont suivis, confortés et accompagnés. Or, ils risquent d'être exclus du système.

Le terme "qualité" ne me paraît pas bon. C'est un euphémisme. Lorsqu'un avion explose, il ne s'agit pas d'un problème de qualité mais de sécurité, d'efficacité ou peut-être de rentabilité.

### Jean Wils

La définition de l'accréditation que vous avez donnée, ne serait-elle pas la pire que l'on puisse imaginer ?



### **Quentin Debray**

Actuellement, on constate un flou considérable. Je pense que nombre de personnes sont très mal traitées. Les diagnostics ne sont pas faits, les objectifs ne sont pas fixés. Lorsqu'un malade ne va pas bien, que voulons-nous? Qu'il survive? Qu'il reprenne son travail? Qu'il aille au cinéma? Qu'il reprenne une vie conjugale? Devant un patient déprimé depuis cinq ans, voulons-nous qu'il vive mieux? Qu'il voit agréablement ses amis et sa famille? Ou voulons-nous qu'il retravaille?

Des objectifs restent à définir, comme dans toute discipline. En rhumatologie, voulons-nous que le malade refasse du sport ou simplement qu'il puisse aller faire ses courses? Je pense qu'une mise au point importante s'impose.

### **Alexandra Fourcade**

L'accréditation ne répondrait absolument pas aux questions que vous vous posez à propos de la normalisation d'une pratique professionnelle au sein d'une discipline comme la psychiatrie. Elles concernent spécifiquement l'approche complémentaire que peuvent développer des sociétés savantes qui vont réfléchir aux bonnes pratiques, à l'intérieur d'une spécialité donnée. Cette démarche n'est pas légitime pour les normes qui seront dans les référentiels d'accréditation.

### **Christophe Segouin**

Le manuel d'accréditation ne va pas vous demander si vous avez porté le bon diagnostic, mais si vous appliquez le référentiel national. Le visiteur ne va pas se contenter du oui. Il va vous demander si vous connaissez ce référentiel. Si oui, est-il quelque part dans le service? Il ne va pas vous dire ce qu'il faut que vous en fassiez.

### **Robert Zittoun**

Il faut aller plus loin dans l'éthique. Je crois qu'il existe trois niveaux : l'éthique des pouvoirs publics, l'éthique des décideurs aux échelons intermédiaires et l'éthique des acteurs individuels de santé. Si l'on veut y voir clair, il faut savoir où on se situe.

L'éthique des pouvoirs publics concerne l'accessibilité aux soins, la réduction des dépenses de santé et l'assurance qualité : le meilleur soin possible pour tous. L'éthique des décideurs, aux échelons intermédiaires (directeurs d'Agences régionales de l'hospitalisation, directeurs d'hôpital, etc.), s'apparente à faire son devoir : ces responsables sont détenteurs de directives et d'instructions qu'ils devront appliquer. Ils vont s'assurer que la ligne est suivie, au niveau des recommandations et des évaluations. L'éthique des acteurs de santé reste un engagement envers les

---

patients individuels ou des groupes de patients, en termes d'effort et d'initiative : faire mieux qu'avant et que les autres. Il existe une part d'émulation avec un aspect éthique.

Il faut reconnaître que cet engagement a été, jusqu'à présent, principalement orienté vers la technique médicale et des critères tels que la durée de vie. Les médecins ont négligé de nombreux autres objectifs : la qualité de vie, l'information et la participation des patients aux décisions, la sécurité et la qualité des soins. Un manque d'autocritique et d'évaluation des professionnels de santé à l'égard de leurs actions subsiste.

L'accréditation pourrait constituer une réponse à ces différents problèmes. Dans la démarche d'accréditation, l'incitation est bénéfique pour l'information des malades, la qualité et la propreté des soins. Cette démarche va associer bénéfiquement les professions médicales et paramédicales, alors que cela n'a pas suffisamment bien fonctionné jusqu'à présent.

Nous avons des exemples de décisions prises par les pouvoirs publics qui ont abouti à de bonnes applications, y compris au niveau des acteurs : la circulaire de 1996 sur les soins palliatifs en constitue un bon exemple.

La centralisation française, reste un avantage et pourrait être une garantie pour les usagers. La bureaucratie, en revanche, pourrait être dangereuse. On risque de travailler davantage pour faire des rapports que pour s'engager dans les soins. Aujourd'hui, j'ai reçu un questionnaire provenant du ministère de la Santé où l'on me demande combien d'heures les médecins travaillent pour des tâches autres que diagnostiques et thérapeutiques. Ce genre de rapport est purement bureaucratique, c'est-à-dire qu'il nous éloigne de notre mission. Je crains beaucoup la multiplication des audits et des commissions. L'AP-HP a produit récemment, et cela partait d'une bonne intention, un document pour le plan 2000 : on l'a lu, on nous l'a lu en Commission consultative médicale (CCM), on l'a lu à nos collaborateurs, mais quand on reçoit la troisième édition qu'en fait-on ?

L'accréditation concerne l'ensemble de l'hôpital, mais cela ne nous garantira pas la même qualité dans tous les services et la même compétence pour chaque médecin.

Je me méfie également de la médecine normative. Quand je vois où nous en sommes avec le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), la somme de travail engagée pour un résultat médiocre, c'est contre-productif. Vous disiez que l'on s'intéresse plus aux moyens et à l'organisation qu'aux résultats, et je suis choqué, d'un point de vue éthique, de ne pas savoir ce qui est bien ou mal jugé sur les résultats de nos actions.

Nous partageons tous les objectifs des pouvoirs publics : accessibilité d'une part, maîtrise des coûts et assurance qualité d'autre part. Ma plus grande crainte est que le deuxième objectif prime sur les autres, ce qui réduirait l'accessibilité aux soins.

En outre, qui va établir les normes? Comment vont-elles évoluer? Quel va être, au bout du compte, le rôle des professionnels de "terrain"? Autrement dit, qu'en est-il de la démocratie?

### **Patrick Hardy**

Les objectifs de l'accréditation paraissent difficilement contestables, dès lors qu'ils se résument à définir des standards de qualité minimum pour les établissements, et à conduire ces derniers à les appliquer tout en s'engageant dans un processus d'autoévaluation.

Au cours des précédentes interventions, l'accréditation a été restituée dans le cadre de la "médecine normative".

L'enjeu éthique me paraît davantage lié à d'autres aspects de la "médecine normative", à laquelle a pu être rattachée l'accréditation, en particulier au développement de "*Evidenced-based medicine*". Fondée sur les données de l'épidémiologie et la mise à jour permanente des connaissances, cette approche ambitionne la mise au point d'un système de références indiquant qu'elle est la meilleure stratégie thérapeutique ou les stratégies à éviter, dans une situation pathologique donnée. Ces références, valables pour la moyenne d'une population, sont, de ce fait, utiles comme aide à la décision et peuvent même être généralisées à l'ensemble des cas pour certaines situations simples : c'est l'ambition initiale des Références médicales opposables (RMO). Le risque existe toutefois, d'une extension aux situations complexes (dans lesquelles la prise de décision doit prendre en compte de nombreux facteurs) ou atypiques, d'une médecine normative qui privilégierait arbitrairement un seul critère de décision. Une extension abusive et une rigidification des pratiques normatives pourraient, en effet, conduire à nier la complexité des cas individuels et l'existence de conflits de références. C'est d'ailleurs, en partie, dans sa capacité à arbitrer ce type de conflits que réside la compétence expertale du médecin.

En imposant un schéma thérapeutique par pathologie, un excès de standardisation risque, en outre, de renvoyer le patient à un nouveau modèle paternaliste, dans lequel l'interlocuteur doté de la toute puissance ne sera plus le médecin (devenu un simple organe d'effectuation des normes), mais le "système de référence", alors même que le développement considérable des possibilités thérapeutiques permet aujourd'hui, au malade, d'exercer son autonomie en intervenant dans le choix des stratégies (lorsque s'offre, par exemple, l'alternative entre une meilleure qualité de vie et une plus grande espérance de vie).

---

## Une pédagogie de l'organisation

Serge Herson

L'aspect pédagogique de l'accréditation et de l'évaluation, me semble important. Délibérément, on a choisi une pédagogie très incitative, coercitive et pyramidale. Cela va *a contrario* d'une pédagogie plus interactive, constructive et autonomiste des acteurs de santé et des patients. Il est souhaitable que les pratiques professionnelles évoluent, mais cette évolution se fait d'une façon directive, pyramidale, un peu insidieuse avec un manque d'énonciation claire des objectifs.

Il faut faire évoluer un milieu réticent, résistant et réactionnaire, au sens large. Est-ce la seule manière de faire que de passer outre à son acceptation, sa compréhension? Avec le PMSI, on nous a imposé une vérification des pratiques qui est peut-être souhaitable, mais en masquant les objectifs.

Jean-Christophe Mino

L'accréditation va s'intégrer dans un système existant, avec une certaine régulation, une certaine règle du jeu. Dans le système de soins français, on sait qu'en termes d'égalité d'accès aux soins et de moyens mis à la disposition des populations, il y a beaucoup de différences (moyens hospitaliers, financiers, parfois même de règles du jeu). Comment va s'intégrer ce dispositif qui va être plus ou moins lié, à terme, aux procédures de financement, d'autorisation ou de planification? L'accréditation va-t-elle constituer un moyen permettant d'évoluer dans le sens d'une plus grande justice, ou bien, seulement, de s'intégrer aux règles existantes?

Michel Bilis

Je voudrais exprimer quelques doutes concernant l'accréditation.

Il y a une dizaine d'années, le *nec plus ultra* de la gestion était représenté par les cercles de qualité. Cette "procédure" venait du Japon et expliquait pourquoi les japonais étaient très en avance sur nous. Nous y avons investi des sommes et un temps importants. Tout hôpital qui n'avait pas son cercle de qualité, était mal placé. À l'époque, le fait de dire que l'on ne voulait pas mettre en place de cercle de qualité, équivalait quasiment à dire que l'on ne voulait pas soigner. Aujourd'hui, j'éprouve une certaine hésitation quand on parle d'accréditation car on ne peut plus tenir désormais un discours sur les problèmes hospitaliers sans dire : "*Quand il y aura l'accréditation tout ira bien...*" Mon premier doute procède de cet effet de mode et de la façon dont on entend la mettre en place.

Je pense qu'il est tout à fait normal que des personnes extérieures contrôlent, mais il y a ceux qui font, ceux qui regardent faire et ceux qui vous disent si vous faites

bien. Les personnes qui contrôlent devraient aussi être celles qui font et réciproquement, pour que le contrôle ait une certaine valeur.

Je me pose également la question de l'indépendance de l'ANAES. À la lecture des textes, elle recrée les dosages habituels, professionnels et corporatistes. On prend les organisations qui représentent chaque catégorie de professionnels de santé, autrement dit, ceux dont le métier consiste à défendre les intérêts particuliers, tout respectables qu'ils soient. Sur l'indépendance, on peut néanmoins émettre un doute.

Le doute majeur concerne le contexte et la suite. On parle d'accréditation, c'est-à-dire que l'on vérifie si l'hôpital correspond à certaines normes, mais cela n'a, nous dit-on, aucun rapport avec le budget et les autorisations, car ce sont les pouvoirs publics qui en ont la charge.

Nous aboutissons alors au débat connexe relatif aux restructurations, à l'accès aux soins pour tous et à l'interrogation sur la pertinence du maintien d'un certain nombre de structures. Généralement, quand une structure est jugée non conforme, on la ferme. L'accréditation pourrait être autre chose : il manque un anesthésiste, donc il faut en recruter un. Généralement, ce n'est pas de cette façon que le débat est abordé. Incontestablement, alors que l'accréditation n'existe pas encore, on a commencé à utiliser les arguments de type sécuritaire pour dire qu'il fallait fermer les structures.

Une procédure visant à définir des normes est absolument nécessaire. Il paraît important que des personnes extérieures regardent ce qui se passe dans les hôpitaux. Il est, en même temps, intolérable de ne pas s'interroger sur les défauts majeurs dans le fonctionnement de toute institution, de nature à porter atteinte à la sécurité des patients. L'accréditation doit porter sur un certain nombre de domaines généraux de l'hôpital : infections nosocomiales, sécurité anesthésique, information du patient, qualité de la nourriture, qualité de l'accueil, etc. Je me garderai bien de dire si l'on doit aller plus loin dans la façon d'organiser chaque discipline.

### **Bruno Torti**

Il me semble que la façon d'exercer la médecine doit être envisagée plus humainement, entre le médecin et son malade, l'équipe soignante qui l'entoure et sa famille. Chaque patient est une personne singulière. J'évoque ici une médecine soucieuse du cas par cas : on ne peut soigner ou sauver une vie d'une manière identique.

Il ne faut pas oublier que le malade doit être situé au centre de la préoccupation du personnel hospitalier. La recherche médicale est telle, que l'on oublie que l'avancée

---

de la science se fait grâce aux hommes. Pour les plus défavorisés, notamment, le passage à l'hôpital doit être l'occasion de débloquer des situations.

J'espère que les acteurs de l'accréditation et de l'évaluation prendront tout cela en compte.

### Alexandra Fourcade

Nous avons beaucoup parlé des interrogations et de l'inquiétude qu'engendre l'accréditation. Il s'agit de la remise en question de la pratique individuelle, du colloque singulier avec le patient.

L'objet de l'accréditation n'est pas d'évaluer des pratiques individuelles, mais de mettre en évidence des dysfonctionnements liés, éventuellement, à la non-prise en compte de la succession d'intervenants auprès d'un même patient. L'assurance qualité, telle qu'elle a été développée dans le secteur de la santé, est partie du constat qu'évaluer des pratiques cliniques isolées ne réglait pas les problèmes de non-qualité liés à des interfaces entre professionnels de santé et patients.

### François Lemaire

Je ne crois pas que les objectifs de l'accréditation soient dissimulés : ils se trouvent dans l'Ordonnance d'avril 1996. Cela me paraît simple et clair ; il s'agit d'améliorer la qualité et la sécurité des patients. C'est explicite et sûrement vrai. On fermera sans doute les structures qui n'assureront pas ces deux critères.

Mais cette démarche comporte également des bénéfices secondaires et, en particulier, a une grande valeur pédagogique. Il est évident que le jour où l'on étudie un référentiel, on se dit qu'il faut le suivre dès le lendemain. L'intérêt majeur de la procédure d'accréditation est de disposer du manuel six mois avant la visite, afin d'avoir la possibilité de se mettre à la norme.

La satisfaction des patients est aussi importante : on ne dit pas assez - avec l'image détestable véhiculée par la médecine Nord-Américaine - qu'aux Etats-Unis, la satisfaction des patients est aussi la priorité du *managed-care*, ce qui n'a jamais été le cas chez nous. Car dans la logique libérale, si les patients ne sont pas contents, ils vont chez le voisin.

En matière d'évaluation de la qualité, les non-médecins sont passionnés. Il y a là un champ infini de promotion professionnelle. Au sein de la commission d'évaluation de l'hôpital Henri-Mondor, les deux tiers des participants ne sont pas médecins. En revanche, l'accréditation leur fait peur.

La bureaucratie me semble être le pire des scénarios. Le questionnaire de réanimation comporte 1 150 questions. La Caisse nationale d'assurance maladie a aussi ses propres questionnaires d'évaluation (tableaux de bord). Le contrôle policier paraît malheureusement inévitable et ces procédures seront faites par des médecins conseils de la CNAM.

Il est peut-être choquant de dire que l'on ne peut pas évaluer nos résultats, mais c'est dramatiquement vrai dans la plupart des spécialités.

Pourquoi n'appliquerions-nous pas des règles rigides comme les Références médicales opposables (RMO) à l'hôpital? Les hospitalo-universitaires doivent rester modestes : nous n'inventons pas tous les jours la médecine! Il n'est pas infamant de dire, surtout si l'on forme des internes qui seront les futurs spécialistes, que l'on va appliquer des normes, comme tout le monde, d'autant plus que nous aurons souvent participé à leur rédaction.

Il est assez rassurant d'avoir une norme, car nous sommes tous tentés de faire des choses un peu folles, d'élaborer en permanence des protocoles compliqués. Dans ces cas, les normes représentent des garde-fous utiles.

### **Christophe Segouin**

Je suis absolument convaincu qu'il faudra organiser des sessions de formation, pour aller un peu plus loin dans l'explicitation de ce qu'est l'accréditation. Il faut, en particulier, ouvrir les manuels d'autoévaluation et les décortiquer pour faire tomber une partie des fantasmes qui ont été évoqués au cours de notre échange.

Il sera intéressant de connaître la réaction de l'ensemble des personnels hospitaliers. Lors de mes visites à l'étranger, j'ai constaté que l'accréditation constitue un outil de management pour la direction de l'hôpital. Les cadres de proximité se sentent assez mal à l'aise dans ce rôle, en revanche les autres personnels sont très heureux de la mise en place de l'accréditation, car c'est l'occasion pour eux de faire entendre leur voix et d'évaluer les effets concrets de ce qu'ils suggèrent en terme d'amélioration de la qualité.

### **Pierre Durieux**

Je regrette l'absence de l'ANAES dans le cadre de la discussion. Cela me fait penser au livre *Le désert des Tartares*, dans lequel le capitaine scrute du haut de sa muraille les lumières annonçant la venue de l'envahisseur, sans savoir le visage qu'il prendra. Nous sommes quelque peu dans la même situation et nous aurons la réponse en 2001!

---

## Emmanuel Hirsch

Tout d'abord, pour reprendre le souci étymologique de Jean Wils, j'éprouve une certaine satisfaction à considérer que la notion de crédit qui renvoie au *credere* latin, c'est-à-dire à la notion de croire, se situe nécessairement au cœur d'une réflexion consacrée à l'accréditation.

En fait, les pratiques biomédicales modernes ne sont-elles pas en demande d'une nouvelle considération qui ne peut relever que d'une restauration de la confiance, en interne, certes, mais plus encore de la part du public ?

On a pu constater à travers ces échanges, que s'imposent des modalités de régulation et de contrôle des pratiques à considérer aux services de fins consensuellement admises.

Dès lors que l'expertise, comme la légitimité, semblent affectées par certaines crises majeures de la santé publique que chacun d'entre nous a en mémoire, mais que d'autre part, les enjeux et pratiques du soin évoluent dans un contexte jusqu'alors délicat à anticiper, la définition des règles de bonnes pratiques apparaît inévitable. Il y va, là encore, du crédit consenti à des professionnels partagés entre les logiques de leurs sciences et leurs obligations à l'égard de la collectivité nationale, voire internationale.

N'est-il pas concevable d'envisager, par la médiation de l'accréditation, l'émergence de nouvelles légitimités concrètes, proches des pratiques et des savoirs, puisque les professionnels sont, de fait, partie prenante de la détermination des cadres qui devraient définir les principes de leurs pratiques ?

Nous avons compris l'accréditation comme la possibilité de réinstaurer des règles de prudence et des limites tangibles dans le cadre de pratiques à la fois diversifiées, multiples et évolutives. Elles visent pourtant au bien-être des personnes et à la santé d'une société.

S'il convient nécessairement de choisir et de décider dans le cadre de moyens financiers qui ne sont pas extensibles infiniment, autant considérer ces circonstances comme l'occasion de maximaliser à tous égards les possibilités dont nous disposons.

En démocratie, les principes de justice et de transparence doivent inspirer la mise en place de logiques qui n'affectent pas pour autant la liberté de chacun. Mieux, qui amplifient la conscience de responsabilités personnelles, dès lors que la décision doit intégrer la multiplicité de paramètres énoncés comme autant de valeurs à honorer.



Nous assistons donc aux prémises d'une mutation sémantique - pour certains même, à un changement de paradigme - qui interrogent le sens et les fins de la fonction soignante. Circonstances idéales pour conférer une nouvelle consistance aux valeurs d'humanité promues à travers la relation de soin. Il est certes nécessaire de se demander selon quels principes fonder la légitimité de ceux qui vont évaluer et donc édicter des normes, mais d'autre part, en quoi cette démarche incitera ou non à une créativité de la communauté des professionnels du soin au service de la personne humaine.

Il a été fait référence aux missions confiées à l'ANAES. Il s'agit, pour cette agence, d'assumer une fonction inédite dans un contexte dont on peut évaluer la complexité. Rien ne nous indique, *a priori*, que ses objectifs ne rencontreront pas une attente plus profonde qu'on ne le pense, qu'expriment bien souvent les soignants soucieux de la valeur de leurs fonctions. Il s'agit là d'un véritable défi que nous avons bien des raisons de considérer comme relevant directement de nos obligations.

Pour en revenir à des considérations plus concrètes, la démarche d'accréditation doit s'efforcer de définir et de déterminer la hiérarchisation des valeurs et des intérêts qui nous semblent déterminants. Un tel enjeu s'avère d'autant plus décisif, dans le contexte des pratiques hospitalières du service public dont on sait qu'elles s'efforcent d'associer l'excellence technique aux demandes sociales de plus en plus complexes.

Il conviendrait donc de nourrir une réflexion substantielle, de nature à contrer les tendances visant à une instrumentalisation de la fonction d'accréditation, avec notamment pour conséquence la neutralisation de tout sens des responsabilités et de tout courage d'engagement et d'investissement qui caractérisent, avant toute autre considération, la philosophie comme la démarche du soin.

# L'accréditation : ses objectifs et ses enjeux

Élisabeth Aoun, Arlette Bessière, Pierre-Christophe Cathelineau, Françoise Coutureau, Pierre Kormann et Yvon Merlière \*

## Introduction

La procédure d'accréditation prévue par l'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, suscite de nombreux débats et crée de l'inquiétude chez les acteurs du soin.

Cette procédure s'inscrit cependant dans une démarche d'évaluation des politiques publiques : compte tenu de l'importance des prélèvements obligatoires et de la complexité des demandes sociales, le citoyen souhaite obtenir une justification de l'engagement des fonds publics. Pour répondre à ce besoin, une recherche d'indicateurs d'évaluation est nécessaire.

L'objet du développement qui suit est de situer, dans cette problématique, la procédure d'accréditation prévue par les textes de loi.

## Les objectifs de l'accréditation

L'accréditation est un des éléments du dispositif de "maîtrise médicalisée des dépenses de soins". Sa mise en place suscite beaucoup de doutes dans le monde hospitalier et il convient de s'interroger sur les causes - légitimes ou non - de cette inquiétude, notamment en essayant de bien redéfinir ce qu'est l'accréditation. Il convient de rappeler que beaucoup de pays ont mis cette procédure en œuvre depuis plusieurs années, dans le cadre d'une démarche de maîtrise des dépenses de santé. Il faut admettre que les hôpitaux ne pouvaient pas demeurer en marge du mouvement de mise en place d'une gestion médicalisée et que cette démarche n'a caractère de nouveauté qu'en France.

De même que les références médicales visent à responsabiliser les acteurs libéraux, l'accréditation est conçue pour responsabiliser les acteurs institutionnels. Ce type de procédure, qui répond à des exigences de transparence, visant à rassurer un

---

\* Groupe thématique Miramion *Éthique des choix et enjeux économique*.

public qui ne manifeste plus une confiance aveugle à l'égard de sa médecine, ne peut être considéré comme illégitime *a priori* : l'objectif est bien de s'assurer que les critères de qualité des établissements de santé sont respectés, de même que la sécurité des patients et que les besoins de ces derniers sont satisfaits par une offre appropriée, dans un contexte de limitation des coûts.

Les garanties de la démarche sont inscrites dans la définition même de l'accréditation :

- c'est une procédure d'évaluation externe, effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement ou de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques ;
- elle porte sur les pratiques professionnelles, les procédures et les résultats ; c'est donc l'appréciation d'une qualité collective et non individuelle ;
- l'objectif est de rechercher une qualité optimum et d'aider à l'amélioration des performances, et de garantir que le processus de production se déroule avec tous les critères de qualité nécessaires à la réalisation d'un juste soin.

Ce n'est donc pas :

- une reconnaissance de la capacité d'équipes spécifiques à délivrer des soins ou des prestations ;
- une reconnaissance de la conformité à des normes techniques.

L'accréditation est un moyen d'introduire une démarche qualité dans les hôpitaux. Pour la première fois dans leur histoire, il est fait obligation aux acteurs hospitaliers de s'interroger sur leur organisation interne au regard de la qualité du service rendu au patient entendu dans toutes ses acceptions : consommateur alimentaire et hôtelier, consommateur d'actes, consommateur de soins, consommateur de services, etc.

## **L'accréditation : son questionnement éthique**

L'article L. 710-5 de l'Ordonnance n° 96-346 est intéressant à commenter par rapport au champ de l'éthique qui est celui des acteurs hospitaliers. Bien délibérer et agir avec prudence pour fournir des soins de qualité aux patients, constitue une approche simple et concrète de l'éthique à l'hôpital. Elle est au service du sujet humain atteint par la maladie.

Puisqu'il s'agit "*d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins*", l'article affirme d'emblée une finalité éthique pour la pratique des soins. Comme tout idéal de perfection humaniste au service du sujet, il n'est pas discutable.

---

Mais de telles exigences s'inscrivent pour les acteurs hospitaliers dans des discours qui n'ont pas seulement pour finalité le respect du sujet humain. Ces discours peuvent bien sûr être mis à profit dans ce sens. Le souci d'améliorer la performance technique et scientifique en est un, comme celui de rationaliser l'offre de soins. Ils favorisent les tensions entre les acteurs hospitaliers. Il pourra parfois être difficile de préserver le respect du sujet humain, là où la compétition entre les acteurs sera vive. Tous ceux qui en ont l'expérience s'accordent à le dire, le bien-être du patient est aussi tributaire de l'atmosphère de l'hôpital ou du service où il est soigné.

Les acteurs hospitaliers devront-ils dans les années qui viennent, surmonter ces paradoxes, lorsque l'établissement où ils exercent fera l'objet d'une procédure d'accréditation ?

Cette procédure vise explicitement à porter une *"appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement"*, *"à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur des procédures"*. Plus les critères seront formulés de manière objective, moins les visiteurs auront à introduire dans leur appréciation de la qualité d'un établissement des jugements personnels. Cet idéal d'objectivité honore les professionnels de santé. Par définition, cette objectivité découle des méthodes en usage dans les modèles scientifiques et techniques.

Ainsi, par exemple, les procédures sont elles écrites selon un ordre de consécution logique et rigoureux qui suppose le choix de conventions. Appliquée à l'accueil ou aux soins, elle représente une sorte de contrat passé entre l'hôpital et les usagers ou dans une autre perspective entre fournisseur et client.

Il permettra d'échapper à l'arbitraire des groupes. Cette définition conduira certainement l'ANAES à éviter cet écueil. Dans le même temps, il serait intéressant de redéfinir l'enjeu même de l'objectivité à l'hôpital. S'il est essentiel que le modèle scientifique y prévale pour garantir l'efficacité des soins, il est en même temps évident que les médecins et les soignants s'adressent à des patients qui ne représentent pas seulement des cas objectifs pris dans une chaîne de procédures, mais des sujets. C'est l'héritage de l'humanisme à l'hôpital. Dès lors, ne serait-il pas possible de reprendre, dans le cadre de l'accréditation, une réflexion sur l'objectivité à l'hôpital ? Car ce n'est pas seulement à des procédures et à des cas objectifs que les acteurs hospitaliers ont affaire ; de même ces acteurs ne sont pas réductibles à des procédures objectives. Patients et personnels hospitaliers sont pris dans des relations intersubjectives que les critères d'évaluation pourraient prendre en compte. De quelle manière ?

## Les enjeux pour les équipes de soins

Depuis quelques années, les infirmières sont sollicitées pour réfléchir à la prise en charge globale du malade. Prendre en charge un malade dans sa globalité, c'est réfléchir et répondre à ses besoins de soins médicaux, infirmiers, psychologiques et sociaux. C'est ainsi reconnaître la spécificité mais aussi la complémentarité bénéfique des différents acteurs dans les unités de soins. Ceci conduit à une réflexion sur les pratiques professionnelles et à l'organisation du travail.

Le métier d'infirmière, réglementé par les textes officiels, permet difficilement, faute de traces écrites, l'évaluation correcte de la charge en soins infirmiers induite par chaque malade.

L'accréditation qui oblige la mise en place de protocoles, de fiches techniques, doit permettre l'harmonisation des pratiques, conduisant chaque soignant à se poser la question suivante : le patient a-t-il reçu des soins de qualité et en toute sécurité ?

Si la réponse est affirmative, ne s'agit-il pas du meilleur moyen pour que les qualités de professionnels non médicaux et, en particulier, des infirmières soient reconnues ?

La mise en place de l'accréditation doit être un moyen visant à mieux fédérer tous les acteurs du soin autour du patient.

Bien souvent, mais sans que cela soit toujours exact, les différents intervenants dans le processus de soin ne donnent pas l'impression de communiquer les uns avec les autres et/ou ne pas avoir la même préoccupation : le malade.

Le dialogue ne sera pas possible si chaque professionnel reste persuadé que seule la qualité de son acte compte dans la prise en charge du malade.

La démarche d'accréditation rend indispensable la collaboration, le partage des tâches, et de l'information pour rédiger des protocoles de soins ; c'est la nécessité d'une coopération pour obtenir le meilleur résultat possible, dans le souci, commun à tous, de répondre aux besoins individuels du malade, de sa famille et en même temps d'obtenir une appréciation de l'hôpital dans son ensemble.

## La nécessité de rassurer au préalable les acteurs du soin

Les soignants craignent une détérioration de leur relation individuelle avec les malades : l'aspect normatif des procédures ne conduira-t-il pas à réduire le dialogue soignant/soigné ?

---

A l'inverse, si l'enjeu est bien un changement de comportement des acteurs du soin, les incitations seront-elles suffisantes pour y contribuer efficacement ?

Qui va élaborer les référentiels ? Qui va établir les normes ? Les soignants intégrés à la réflexion seront-ils représentatifs de leur profession ?

Ces interrogations constituent autant d'incertitudes donc de sources d'inquiétude qui contribuent pour l'instant à rendre le débat interrogatif sur la procédure d'accréditation.

## **Les points du débat sur les conséquences de l'accréditation**

Quelle hiérarchie de valeurs attendre à propos de la qualité et de la sécurité des soins donnés au patient ? Pourra-t-on, et comment, évaluer l'incidence de la démarche de l'accréditation ?

En réalité une telle démarche va mobiliser les acteurs, au risque de l'émergence d'une bureaucratie supplémentaire qui définira, édictera et contrôlera l'application des normes. L'enjeu et les moyens engagés pour cela seront-ils à la hauteur des attentes ?

Il faut d'ores et déjà travailler sur les modalités de mesure des résultats attendus pour assurer une évaluation de cette démarche. Dans ce cadre, il est nécessaire de réfléchir sur l'identification des valeurs et de leur hiérarchie qui sous tendent toute la démarche d'accréditation.

Au cas particulier, il sera difficile d'évaluer correctement et complètement ce critère du référentiel : *"Le patient est informé de l'objectif des principaux traitements qui lui sont prescrits."* Certes il sera facile de répondre par "oui" ou par "non" à ce critère, dès lors que cette information aura été retranscrite dans le dossier médical ou dans le dossier de soins. Mais comment prouver que ce qui a été écrit, a été dit et, surtout, a été compris par le patient ?

La mesure du résultat quant à la satisfaction du patient reste à établir : ce n'est pas l'objet de l'accréditation mais il faudra bien l'appréhender.

Normer les procédures et les écrire facilite la communication avec l'ensemble des intervenants. Un tel dispositif induit l'amélioration des pratiques et favorise leur évaluation.

Néanmoins une telle procédure suppose également un lourd investissement de la part des différents acteurs hospitaliers.

Dans quelle mesure cette lourdeur ne constituera-t-elle pas un frein à la mise à jour du référentiel ?

Le risque de figer les pratiques et d'en limiter la créativité demeure.

L'accréditation ne doit pas être transformée en outil de planification : il existe d'autres procédures pour cela. Au cas particulier, l'accréditation ne doit pas être un prétexte à la fermeture des structures.

Ce risque, s'il existe, doit à tout prix être neutralisé pour mobiliser les acteurs dans la seule action de qualité et sécurité du soin.

La mise en pratique de la demande d'accréditation apportera très certainement des réponses aux interrogations soulevées par les acteurs du soin et relativisera vraisemblablement les doutes et incertitudes ressentis actuellement.