

31 octobre 2013



*L'accréditation des
hôpitaux*

*L'indispensable phase
d'éveil*

santhea 



TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
INTRODUCTION	7
1. L'OBJET DE L'ÉTUDE	7
2. LES PARTENAIRES	7
3. PRÉSENTATION DU GUIDE	8
3.1. Pourquoi un guide de préparation à l'accréditation ?	8
3.2. Pour quel public (cible) ?	9
3.3. Quel contenu ?	10
CHAPITRE I - L'ACCREDITATION	11
1. DÉFINITION	11
2. L'ACCREDITATION, UNE HISTOIRE ANCIENNE	12
3. LE RÉFÉRENTIEL	13
4. LES ÉTAPES DE L'ACCREDITATION	14
4.1. La demande	14
4.2. L'auto-évaluation	14
4.3. La visite d'accréditation	15
4.4. Le rapport d'accréditation	15
4.5. La poursuite de la démarche d'amélioration	15
5. LE COÛT DE L'ACCREDITATION	15
CHAPITRE II – LE CONTEXTE BELGE	17
1. AU NIVEAU FEDERAL	17
2. EN FLANDRE	20
3. EN WALLONIE ET A BRUXELLES	22
CHAPITRE III - ANALYSE DES RÉFÉRENTIELS	24
1. INTRODUCTION	24
2. OBJECTIFS	24
3. MÉTHODOLOGIE	24
4. PRÉSENTATION DES RÉFÉRENTIELS	25
4.1. Haute Autorité de Santé (France) - HAS	25
4.2. Accreditation Canada International – ACI	27
4.3. Joint Commission International – JCI	28
5. COMPARAISON DES CONTENUS	29
5.1. Introduction	29

5.2. Les pratiques prioritaires : la base...	30
5.3. Les autres thématiques communes traitées	33
5.4. Les thématiques spécifiques	34
5.5. Les forces et faiblesses	35
CHAPITRE IV - EXPÉRIENCES EXPLORATOIRES	41
1. ENQUÊTE INTERNET AUPRÈS DES INSTITUTIONS	41
1.1. Introduction	41
1.2. Objectifs	41
1.3. Méthodologie	42
1.4. Résultats et Analyses	43
1.5. Conclusions	52
2. EXERCICE D'ACCRÉDITATION	53
2.1. Introduction	53
2.2. Objectif	53
2.3. Méthodologie	53
2.4. Résultats et Analyses	56
2.5. Conclusions	63
CHAPITRE V – L'ACCRÉDITATION, UNE DYNAMIQUE EN ÉVOLUTION : AVIS DES DÉBUTANTS, DES COMPÉTENTS ET DES EXPERTS	64
1. INTRODUCTION	64
2. PREMIÈRE PARTIE : LES AVIS DES DÉBUTANTS	65
2.1. Introduction	65
2.2. Démarche 1 : L'accréditation : des rêves aux peurs (CIMQES)	65
2.2.1. Introduction	65
2.2.2. Objectif	66
2.2.3. Méthode	66
2.2.4. Résultats et analyse	67
2.3. Démarche 2 : Groupes de travail « votre hôpital vous semble-t-il prêt à se lancer dans l'accréditation ? »	73
2.3.1. Introduction	73
2.3.2. Objectif	74
2.3.3. Méthode	74
2.3.4. Résultats et analyse	75
2.4. Démarche 3 : Focus group santhea : « quelles recommandations formuler aux directions des hôpitaux pour créer un environnement favorable à l'accréditation ? »	77
2.4.1. Introduction	77
2.4.2. Objectif	77
2.4.3. Méthodologie	78

2.4.4. Résultats et analyse	79
2.4.5. Conclusion	81
3. DEUXIEME PARTIE : LES AVIS DES COMPETENTS	81
3.1. Introduction	81
3.2. Objectif	81
3.3. Méthodologie	82
3.4. Résultats et analyse	83
3.4.1. Dr Bernard Bassleer	83
3.4.2. Luc Mélotte	84
3.4.3. Pr Delmée	86
3.5. Discussion/conclusion	87
4. TROISIEME PARTIE : LES AVIS DES EXPERTS	89
4.1. Introduction	89
4.2. Objectif	89
4.3. Méthodologie	89
4.4. Résultats et analyse	90
4.4.1. Interview du Dr Michel Nathan et de Serge Haag, Ph.D	90
4.4.2. Interview de Pr Jean-Bernard Gillet	93
4.4.3. Interview de Monsieur Ludo Meyers	96
4.4.4. Interview de Mme Tilly Postelmans	100
4.4.5. Interview de Mme Odile Fima	103
CHAPITRE VI – COMMENT CRÉER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À L'ACCREDITATION ? PROPOSITIONS	123
1. INTRODUCTION	123
1.1. Conduite du changement organisationnel	123
1.2. Eléments clés de motivation des professionnels leur permettant d'adhérer à la démarche d'accréditation des établissements de santé	125
2. OBJECTIFS	132
3. METHODOLOGIE	132
4. PISTES DE MISE EN ŒUVRE DE LA PERIODE D'EVEIL	133
4.1. Réunions extérieures à l'hôpital	133
4.1.1. Sept journées de rencontres extérieures uni disciplinaires pour les décideurs et collaborateurs (J1)	133
4.1.2. Une journée de mise en commun des 7 journées : rencontres multidisciplinaires ou intermétiers (J2)	134
4.2. Réunions à l'hôpital	135
4.2.1. Rencontres au sein de l'hôpital : assemblée générale	135
4.2.2. Rencontres au sein de l'hôpital : des décideurs vers les cadres	136
4.2.3. Rencontres au sein de l'hôpital : des chefs de services et/ou cadres vers les professionnels de terrain	137
4.2.4. Rencontres au sein de l'hôpital : assemblée générale	138
4.2.5. Autres partenaires essentiels	138

5. CONCLUSION	139
CHAPITRE VII – GRILLE D’ACCREDITABILITÉ	146
0. PRÉAMBULE	146
1. INTRODUCTION	146
2. OBJECTIFS POURSUIVIS PAR L’APPLICATION DE LA GRILLE D’ACCREDITABILITÉ	147
3. MÉTHODOLOGIE	148
3.1. <i>Construction d’un cadre théorique</i>	148
3.1.1. Phase 1 : Identification des domaines et critères essentiels pour mener à bien et pérenniser une démarche qualité et de gestion des risques	148
3.1.2. Phase 2 : Classement des domaines essentiels retenus dans les quatre dimensions du modèle de Shortell ”.	149
3.2. <i>Construction de la grille d’accréditabilité</i>	153
3.2.1. Phase 3 : Etablissement de l’échelle d’évaluation	153
3.2.2. Phase 4 : Combinaison du modèle de Shortell et de la grille de maturité de Crosby	154
3.2.3. Phase 5 : Création d’un outil Excel® permettant d’encoder l’évaluation et de visualiser les résultats	155
3.2.4. Phase 6 : Pré-test	156
4. PRÉSENTATION DES DOMAINES DU CADRE DE RÉFÉRENCE	157
4.1. <i>Engagement de la direction</i>	157
4.2. <i>Organigramme</i>	158
4.3. <i>Respect législation</i>	159
4.4. <i>Gestion participative</i>	159
4.5. <i>Implication de tous</i>	159
4.6. <i>Existence de procédures</i>	160
4.7. <i>Gestion documentaire institutionnelle</i>	161
4.8. <i>Gestion de projets</i>	162
4.9. <i>Indicateurs</i>	162
4.10. <i>Gestion des compétences</i>	163
4.11. <i>Canaux de communication</i>	163
4.12. <i>Système de déclaration des événements indésirables</i>	164
4.13. <i>Mesure de la culture sécurité</i>	166
4.14. <i>Satisfaction des patients</i>	166
4.15. <i>Gestion des plaintes</i>	167
4.16. <i>Audit interne et auto-évaluation</i>	168
5. MODE D’EMPLOI	169
6. CONCLUSION	172
CONCLUSIONS	173
LES AUTEURS DE L’ÉTUDE	175

LE COMITÉ DE LECTURE	176
REMERCIEMENTS	177
LISTE DES DIAGRAMMES, FIGURES ET TABLEAUX	178

INTRODUCTION

1. L'OBJET DE L'ÉTUDE

L'évolution de la société et du système de santé suscitent de nouvelles attentes de la part du public qui demande une meilleure information sur la qualité et la sécurité des soins et sur la compétence des professionnels. D'autre part, la société exige une plus grande responsabilisation des professionnels en matière d'efficience et de maîtrise des coûts. Il en résulte un intérêt accru pour l'analyse des variations des pratiques, la promotion de la pratique basée sur les preuves et les démarches d'évaluation externe comme l'accréditation. Quoique son impact direct sur la qualité et la sécurité des patients n'ait pas encore été suffisamment établi dans le cadre d'une recherche scientifique, l'accréditation est généralement reconnue comme outil essentiel pour aider les établissements à améliorer la qualité et la sécurité des patients. L'accréditation et les visites régulières qu'elle implique est un levier pour la promotion des démarches qualité et un observateur privilégié de l'état des évaluations conduites.

Consciente de cette évolution, de la situation dans les pays limitrophes où l'accréditation est une réalité depuis plusieurs années et du contexte spécifique de la Belgique (qui sera détaillé plus loin), la Ministre Fadila Laanan, compétente en matière de santé pour la Fédération Wallonie-Bruxelles et plus particulièrement pour l'agrément des hôpitaux universitaires, a décidé de mandater une équipe multidisciplinaire pour rédiger ce guide : « **L'accréditation des hôpitaux – L'indispensable phase d'éveil** ».

2. LES PARTENAIRES

Afin d'accomplir ce travail, un partenariat a été scellé entre la fédération d'institutions de soins santhea et le GRI-QUASAR, Groupe de Recherche Interdisciplinaire Quality, Safety & Resources attaché au Centre de Recherche Economie de la santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles.

Santhea est une association professionnelle et patronale qui a pour mission de défendre et promouvoir les intérêts des établissements et des services de soins non-lucratifs, du secteur privé non-confessionnel et du secteur public, situés en Wallonie et à Bruxelles. Il s'agit de la première association du secteur et d'un interlocuteur de référence, avec la représentation de près de 48% des établissements de soins des deux régions.

Santhea promeut et défend une politique de la santé basée sur la solidarité, l'égalité d'accès aux soins, la collaboration multidisciplinaire et la responsabilité des prestataires de soins, dans le cadre de la sécurité sociale. Elle préconise une attitude progressiste et non-dogmatique par rapport à l'évolution de la médecine. En tant que représentante d'établissements à but non lucratif, elle place prioritairement le patient au cœur du fonctionnement des établissements de soins. Enfin, elle affirme son indépendance par rapport à tout organisme politique, philosophique ou économique.

Santhea constitue une plateforme d'expertise au service de ses membres, grâce à la coordination et à l'échange d'informations. Elle met à leur disposition une importante banque de données et organise des formations. Elle accompagne également ses membres dans les processus de bonne gouvernance et de transparence nécessaires.

Le Groupe de Recherche Interdisciplinaire QUASAR est composée d'une équipe multidisciplinaire de collaborateurs, ayant une expertise dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. Il a pour mission d'être un centre de référence pluridisciplinaire et de ressources pour la promotion et le déploiement de la qualité et la sécurité durables au sein des institutions de soins et santé en Belgique francophone.

3. PRÉSENTATION DU GUIDE

3.1. Pourquoi un guide de préparation à l'accréditation ?

L'accréditation est un ensemble d'initiatives permettant l'évaluation externe des hôpitaux par rapport à des normes publiées, explicites, définies et concrétisées afin de stimuler l'amélioration continue de la qualité dans le secteur de la santé. L'accréditation n'est donc pas un but mais un moyen dont l'ambition est de promouvoir la qualité et la sécurité par une approche professionnelle incitative et pédagogique.

Pour bon nombre de personnes, la démarche de l'accréditation suscite crainte et résistance face à une mission inconnue et aux exigences demandées.

L'accréditation exige des méthodes, du personnel, des moyens financiers et un suivi. L'investissement dans cette démarche peut paraître inaccessible voire insurmontable, surtout si l'accréditation est une notion nouvelle voire inconnue pour la plupart. Une confusion règne dès lors dans les esprits faisant croire à une mission impossible. Cette confusion semble justifiée si une

préparation au concept et à son opérationnalisation est négligée. Avant toute décision de s'engager dans l'accréditation, il nous a dès lors paru important d'apporter aux directions d'hôpitaux et leurs cadres des pistes leur permettant de prendre leurs décisions en toute connaissance de cause et de se préparer à cette nouvelle approche. En effet, informer les hôpitaux sur le comment s'y préparer leur permettra de mieux comprendre les enjeux, de lever les tabous, de se familiariser à une nouvelle manière de travailler voire de s'y engager en toute connaissance de cause par conviction et non par obligation.

Préparer les hôpitaux à l'accréditation permet de mieux comprendre les enjeux, de mieux cerner les rôles et de savoir comment structurer les activités à mettre en place dans l'institution. Cette mise en conditions permet aux hôpitaux de faire leur choix en connaissance de cause dans un climat clair et transparent où l'accréditation est considérée comme un levier de la démarche qualité et sécurité.

3.2. Pour quel public (cible) ?

Ce guide est, d'abord, destiné aux hôpitaux académiques. Outre l'origine de la demande et du financement, le caractère nécessairement innovant de ce type d'institutions en fait un terrain d'expérimentation idéal pour l'accréditation. De même, leur positionnement central dans la formation des futurs médecins, et leur responsabilité sociétale dans le cadre d'une prise en charge de pointe des patients représentent une opportunité pour la mise en œuvre des exigences de l'accréditation.

Au sein de ces hôpitaux, ce sont les directions qui sont visées. En effet, si l'ensemble du personnel doit s'approprier la démarche pour que celle-ci se solde par un succès, l'initiation d'un processus d'accréditation doit d'abord être une décision institutionnelle. Ce guide a donc bien pour objet de faire prendre conscience au management des défis auxquels une institution qui se lance dans l'accréditation doit faire face et propose une série de pistes pour s'assurer du support du personnel par la mise en place d'un environnement favorable à l'accréditation.

Evidemment, l'ensemble des constats dressés et des pistes proposées dans cette étude sont également applicables aux hôpitaux non académiques. Ce guide pourra donc également être utilisé par ces institutions en vue d'utiliser l'outil « accréditation » comme levier pour mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

3.3. Quel contenu ?

Après avoir brièvement présenté le concept d'accréditation ainsi que le contexte spécifique belge (et ce tant d'un point de vue institutionnel que de l'évolution des normes d'agrément), ce travail décrira trois référentiels potentiellement utilisables en Wallonie et à Bruxelles, à savoir le référentiel français de la HAS, le référentiel américain de la JCI ainsi que le référentiel d'Accréditation Canada International. La structure, le contenu et les forces et faiblesses de ceux-ci seront analysés. Il ressortira de cette analyse que si les structures des référentiels sont bien différentes, on retrouve globalement les mêmes thématiques. Ce résultat est important puisqu'il implique que la préparation à l'accréditation peut donc se faire indépendamment du référentiel qui serait choisi pour la phase d'accréditation en tant que telle.

Ensuite, les résultats de deux expériences exploratoires sont décrits et analysés. Ces expériences ont consisté en une confrontation des référentiels avec le terrain, d'abord via une enquête en ligne à destination des directions, ensuite via un exercice d'accréditation portant sur cinq critères dans quatre institutions volontaires. Les principaux enseignements tirés de ces expériences sont que s'il apparaît que les thématiques couvertes par les référentiels correspondent bien aux préoccupations du terrain, et que donc une démarche d'accréditation pourrait être acceptée par celui-ci, la mise en œuvre des exigences est loin d'être parfaite. En effet, si certains critères, comme l'hygiène des mains, sont largement respectés dans nos institutions, d'autres comme l'identification des patients doivent encore être améliorés.

Le chapitre suivant présente les avis de personnes impliquées dans l'accréditation. Elles partagent leurs expériences et leur savoir-faire dans le domaine de la mise en place des programmes qualité et sécurité et/ou de l'accréditation. Plus de septante personnes ont été impliquées dans cette démarche. Il en ressort qu'**une phase d'éveil est indispensable**. Dès lors, une série de pistes relatives à la préparation de l'institution à l'accréditation sont mises en avant.

Enfin, l'étude se termine par une grille permettant aux hôpitaux qui le souhaitent de réaliser un diagnostic de leur accréditabilité avant de se lancer dans l'accréditation.

CHAPITRE I - L'ACCREDITATION

Si ce guide est destiné à préparer à l'accréditation, il est essentiel de commencer par la définir et de présenter les éléments clés qui lui sont associés. Nous nous sommes volontairement limités à l'essentiel. Nous invitons le lecteur désireux d'aller plus loin à se référer aux éléments bibliographiques renseignés.

1. DÉFINITION

De nombreuses définitions coexistent. Nous en proposons une reprenant les éléments communs à tout système d'accréditation des établissements de santé :

L'accréditation des établissements de santé est une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire. Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soins apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées et présentées sous forme de manuel, le référentiel, préconisé par un organisme d'accréditation (voir à ce sujet le chapitre III)^{1,2,3}

L'hypothèse qui sous-tend l'accréditation est basée sur la corrélation supposée entre la conformité au référentiel et la qualité des soins au niveau des résultats.

Quoique cette corrélation n'ait pas encore été scientifiquement établie⁴, un consensus au sein des professionnels se dégage pour affirmer que l'accréditation, par les visites régulières qu'elle organise, sert de levier pour la promotion des démarches qualité^{5,6,7,8}. L'accréditation implique donc, au sein

¹ Jacquerye A, Pauchet-Traversat A-F. L'accréditation, une opportunité ou une contrainte pour le département en soins infirmiers? In Jacquerye A et al : La qualité des soins infirmiers, implantation, évaluation, accréditation. Paris, Maloine, 1999: 218-41.

² Shaw C. Healthcare accreditation in Europe. Leuven, 2010. On <http://www.zorgnetvlaanderen.be/Documents/Accr%20Europe%20Leuven%202010%20Dr%20SHAW.pdf> , last access 20/1/2013.

³ De Walcq C, Seuntjens B, Vermeyen K, Peeters G, Vinck I. Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. KCE Reports 70B, 2008. On <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmes-d%E2%80%99accr%C3%A9ditation-hospitali%C3%A8re-en-europe>, last access 20/12/2012.

⁴ Greenfield D, Pawsey M, Hinchcliff R, Moldovan M, Braithwaite J. The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. BMC Health Services Research 2012; 12: 329.

⁵ De Walcq C, Seuntjens B, Vermeyen K, Peeters G, Vinck I. Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. KCE Reports 70B, 2008. On

de l'institution, un travail de fond mobilisant l'ensemble de ses personnels autour d'un objectif commun : optimiser la manière de travailler ensemble pour assurer une prise en charge garantissant la qualité et la sécurité du patient.

De par le monde, ce concept porte des noms différents : « *accréditation* » au niveau international, il devient « *agrément* » au Canada et « *certification* » en France.

2. L'ACCREDITATION, UNE HISTOIRE ANCIENNE⁹

Le développement de l'accréditation remonte à 1917. Les nombreuses Ecoles de Médecine, créées à cette époque aux USA, formaient des médecins rapidement. Cependant, la qualité de la formation pouvait s'avérer insuffisante et dès lors l'American College of Surgeons mit sur pied une surveillance des hôpitaux de stage sur base d'un document, **The Minimum Standard**, qui avait pour but d'instaurer des normes à minima de qualité de service et de sécurité. C'est sur cette base que fut construit l'Hospital Standardization Program qui décernait un certificat de conformité aux hôpitaux désireux d'accueillir des étudiants médecins. Ce programme se poursuit, avec des adaptations, jusque dans les années cinquante.

En 1951, l'American College of Surgeons s'associa à d'autres groupements professionnels médicaux pour former la **Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH)**. La JCAH mit sur pied une surveillance plus large des hôpitaux, tout en restant focalisée sur le contrôle des ressources hospitalières - architecture, matériel et organisation - plutôt que sur le contrôle des activités de soins et les résultats des soins. La JCAH organisa aussi un système de contrôle volontaire des hôpitaux par des équipes d'experts de diverses disciplines (chirurgie, pharmacie, médecine, radiologie). Cette initiative, strictement privée, connut immédiatement un franc succès.

<https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmes-d%E2%80%99accr%C3%A9ditation-hospitali%C3%A8re-en-europe>, last access 20/12/2012.

⁶ Bruneau C et al. L'enjeu de la seconde procédure d'accréditation. *Risques et Qualité* 2005; 4: 205.

⁷ Al Awa B, Jacquerye A, Almazroo A et al. Comparison of Patient Safety and Quality of Care Indicators Between Pre and Post Accreditation Periods in King Abdulaziz University Hospital. *Research Journal of Medical Sciences* 2011; 5: 61-66.

⁸ Matrix Knowledge Group: Analyse de la littérature sur l'impact des démarches de certification des établissements de santé. On http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1021625/rapport-analyse-de-la-litterature-sur-l-impact-des-demarches-de-certification-des-etablissements-de-sante?xtmc=&xocr=10, last access 20/12/2012.

⁹ Jacquerye A et al. A quand l'accréditation à Bruxelles et en Wallonie? *Hospitals.be*. Approuvé pour publication.

Ce concept progressa d'abord au sein du monde anglo-saxon, au Canada tout d'abord, puis dans le monde entier.

3. LE RÉFÉRENTIEL

Il définit un cadre déterminé par des références d'accréditation, elles même déclinées en critères portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

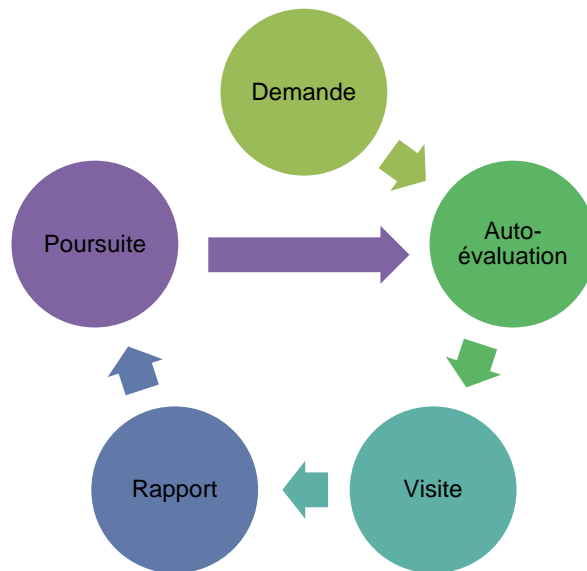
L'évaluation porte sur l'ensemble du fonctionnement de l'établissement et intègre notamment les éléments relatifs à l'information et à la participation du patient à sa prise en charge.

Les référentiels proposés par les différents organismes d'accréditation sont tous axés en priorité sur la gestion des risques et la sécurité du patient. Leurs contenus se recoupent. Le chapitre III est consacré à leur comparaison.

4. LES ÉTAPES DE L'ACCREDITATION

Au nombre de cinq^{10,11}, elles s'enchaînent selon le principe de la roue de Deming.

Figure 1 - Les étapes classiques de l'accréditation



4.1. La demande

L'établissement envoie à l'organisme d'accréditation un dossier de candidature. Un contrat est établi fixant les modalités pratiques de la visite, dont sa planification et son coût.

4.2. L'auto-évaluation

Les professionnels de l'établissement effectuent leur propre évaluation de la qualité sur base du référentiel proposé par l'organisme accréditeur et conçoivent les plans d'actions à mettre en œuvre pour se mettre au niveau des exigences attendues. Selon l'organisme, ils transmettent ensuite leurs résultats à celui-ci.

¹⁰ Jacquerye A, Pauchet-Traversat A-F. L'accréditation, une opportunité ou une contrainte pour le département en soins infirmiers? In Jacquerye A et al : La qualité des soins infirmiers, implantation, évaluation, accréditation. Paris, Maloine, 1999: 218-41.

¹¹ Melquiot P et al. Certification des établissements de santé, la définition du dico. In 1.001 mots et abréviations de l'Environnement et du Développement Durable. On http://www.dictionnaire-environnement.com/certification_des_etablissements_de_sante_ID5655.html, last access 20/12/2012.

4.3. La visite d'accréditation

Conduite par des experts-visiteurs ou auditeurs externes, professionnels de santé formés à leur mission par l'organisme accréditeur. La visite d'accréditation a pour finalité d'objectiver le niveau de qualité déclaré par l'établissement et l'existence en son sein d'une dynamique d'amélioration.

La démarche de la visite est en constante évolution. La façon dont les experts-visiteurs s'assurent de la conformité aux exigences du référentiel varie.

Essentiellement, on retrouve des visites axées sur un service ou un processus particulier – pharmacie, circuit du médicament – ou sur le trajet de soins de patients, méthode dite du « patient traceur »^{12,13}.

4.4. Le rapport d'accréditation

Etabli par les experts-visiteurs à l'issue de la visite, le rapport servira de base à la décision d'accréditation graduée en fonction de l'atteinte des objectifs. S'il y a lieu d'assurer un suivi, des modalités et des échéances sont déterminées.

Le rapport est ensuite transmis, pour validation, à l'organe de décision de l'organisme accréditeur qui le fait parvenir à la direction de l'établissement.

La publicité faite autour de ce rapport varie d'un système de soins de santé à l'autre.

4.5. La poursuite de la démarche d'amélioration

L'accréditation est délivrée pour une durée déterminée, souvent de 2 à 5 ans. Une démarche continue d'amélioration de la qualité est donc nécessaire en vue de la renouveler – à plus forte raison parce que les référentiels évoluent en parallèle avec l'état des connaissances médicales et des progrès technoscientifiques.

5. LE COÛT DE L'ACCREDITATION

La question du coût de l'accréditation est posée par l'ensemble des acteurs du système de santé.

¹² http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/diapo_4_patient_traceur_vd.pdf, last access 9/9/2013.

¹³ Le Ludec T : Certification, Vers une 4^{ème} version plus proche des attentes patients et des pratiques professionnelles. Revue hospitalière de France 2012 ; 548 : 40-46.

Force est de constater que nous ne pouvons pas répondre à cette question.

L'accréditation est en effet une « intervention » complexe au sein du « système » complexe que constitue chaque institution de soins à l'intérieur de « l'environnement » complexe du système de santé.

Malgré sa diffusion de plus en plus large de par le monde, les coûts et les bénéfices de l'accréditation des établissements de santé n'ont pas été clairement identifiés et quantifiés. La revue de la littérature est peu éclairante. Peu nombreuses sont les études qui mettent en évidence le coût de cette démarche, alors que les acteurs institutionnels comme les professionnels qui envisagent de se lancer dans une démarche d'accréditation sont nombreux à s'interroger à ce propos¹⁴.

Des chercheurs australiens se penchent actuellement sur cette question dans le cadre d'un programme de recherche baptisé ACCREDIT-CBA¹⁵. Centré sur les structures de soins aigus, ce programme a pour objectif de parvenir à une évaluation économique complète de l'accréditation en développant un schéma de recherche impliquant l'ensemble des parties prenantes du système de soins de santé.

Pour les coûts liés aux prestations des organismes d'accréditation, il n'y a pas de tarifs officiels. Dans de nombreux cas, ces prix s'adaptent en fonction de différentes spécificités : nombre de lits, nombre de services, association avec d'autres hôpitaux, etc. Une étude canadienne¹⁶ se penche sur cette problématique. Néanmoins, l'article ne précise pas le type de coûts (directs ou indirects) pris en compte.

¹⁴ De Walcq C, Seuntjens B, Vermeyen K, Peeters G, Vinck I : Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. KCE Reports 70B, 2008.
On <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmes-d%E2%80%99accr%C3%A9ditation-hospitali%C3%A8re-en-europe>, last access 20/12/2012.

¹⁵ Mumford V, Greenfield D, Hinchcliff R, et al.: Economic evaluation of Australian acute care accreditation (ACCREDIT-CBA (Acute)): study protocol for a mixed-method research project. *BMJ Open* 2013;3: e002381.doi:10.1136/bmjopen-2012-002381.

¹⁶ Barthélémy I, Rocheleau L, Vaillancourt R, Bussièrès JF : Étude observationnelle comparative des systèmes d'agrément en Amérique du Nord et en Europe. *JCPH* 2012; 65 : 308-315.

CHAPITRE II – LE CONTEXTE BELGE

En Belgique, l'intérêt pour l'accréditation des hôpitaux se développe depuis plusieurs années^{17,18,19,20,21}. Cependant, la répartition de compétences en ce qui concerne la qualité des soins entre les différents niveaux de pouvoir de notre pays est complexe.

Il ressort, en effet, de deux arrêts de la Cour institutionnelle²² et d'avis du Conseil d'Etat²³ que la qualité est une compétence partagée entre les Communautés, les Régions et l'Etat fédéral. Après la 6^{ème} réforme de l'Etat, les compétences des Communautés et Régions en la matière seront encore renforcées.

Elles héritent en effet de la compétence normative et leur compétence est clarifiée dans les textes²⁴: la réglementation relative au contrôle de la qualité et l'élaboration de l'évaluation de la qualité (ceci interfère grandement avec les normes d'agrément) sont du ressort des Communautés et Régions. Les caractéristiques des soins liées au processus et au résultat (outcome) doivent – si nécessaire – pouvoir être intégrées dans les normes d'agrément.

1. AU NIVEAU FEDERAL

Pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux, les autorités publiques ont mis en place un système d'agrément des hôpitaux basé sur des normes. Un arrêté du Régent du 20 juillet 1947 a arrêté les conditions requises pour l'agrément des établissements hospitaliers. Il s'agissait à l'époque de normes dont le respect était facultatif. Le respect ne s'imposait que si le patient entendait se prévaloir d'un remboursement des prestations par l'assurance maladie-invalidité.

¹⁷ Mertens R, De Béthune X. Évaluation externe de la performance hospitalière : rôle des organismes assureurs et choix d'avenir. *Hospitals.be* 2001; 245: 2.

¹⁸ Van der Straeten J. Financement, agrément et qualité. *Hospitals.be* 2004; 1: Editorial.

¹⁹ Kips J. Se focaliser sur la qualité dans les hôpitaux: oui, mais comment? *Hospitals.be* 2007; 5: 5.

²⁰ Devos D. Zorgnet plaide en faveur d'un système d'accréditation. *Hospitals.be* 2010; 3: 5.

²¹ Dossier mutualités libres -Accréditation des hôpitaux : Pourquoi le Belgique est-elle à la traîne ? www.mloz.be/files/Health%20Forum%20n1%20FR.pdf · mars 2010.

²² Arrêt cour d'arbitrage du 15 juillet 1998 n° 83/98: rejet du recours en annulation du décret qualité de la Communauté flamande et arrêt du 20 novembre 1997 n° 71/97 : rejet du recours en annulation de la loi du 29 avril 1996 sur l'évaluation qualitative de l'activité médicale et infirmière.

²³ Avis du Conseil d'Etat relatif au décret 25 février 1997 relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins.

²⁴ Proposition de la loi spéciale relative à la sixième réforme de l'Etat (*Doc.parl.*, Sénat, session 2012-2013, n°5-2235/1).

Ultérieurement, on a estimé que l'organisation hospitalière nécessitait une législation propre et la première loi sur les hôpitaux a été promulguée le 23 décembre 1963. Les objectifs de cette loi étaient de 3 ordres : social, financier et économique, sanitaire. En ce qui concerne ce dernier point, le législateur visait l'amélioration de la qualité de l'équipement hospitalier, en assurant la sécurité et l'hygiène des patients par la fixation de normes minima. Le respect de ces normes est la condition de l'agrément dont dépendront la mise en service ou le maintien en activité de l'établissement concerné ainsi que son financement.

Dans cette approche, les autorités sont parties du postulat que si les normes sont rencontrées, les soins prodigués seront de qualité. Au début, la qualité était implicite au niveau des normes. Depuis une quinzaine d'années maintenant, sont apparues des dispositions relatives à la qualité des soins proprement dite. Certaines font d'ailleurs suite à la transposition de directives européennes. Cette évolution porte sur l'introduction de l'évaluation interne²⁵ (audit interne et la responsabilité du médecin chef) et l'évaluation externe²⁶ ainsi que l'élaboration d'un nouveau concept de prise en charge : « les programmes de soins »²⁷. A l'heure actuelle, il existe 6 programmes de soins : médecine de la reproduction, pathologie cardiaque, oncologie, clinique du sein, pédiatrie et gériatrie. L'évaluation externe concerne les programmes de soins. Elle a aussi été étendue à certains services médicotecniques (imagerie médicale avec 2 sections, dialyse et radiothérapie), certaines fonctions (médecine d'urgence spécialisée et soins intensifs) et par la suite à certains services (maternité-NIC avec 2 sections). Il est à noter qu'outre les normes d'agrément à proprement parler, plusieurs règles qualitatives sont insérées dans la nomenclature des soins de santé au titre de conditions de remboursement des prestations de soins.

En 2005, un workshop a été organisé par le SPF Santé publique en présence de la plupart des acteurs concernés (fédérations hospitalières, mutualités, entités fédérées).

²⁵ Arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'Arrêté royal du 7 août 1987.

²⁶ Art. 20 et 25 de la loi coordonnée relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins + Arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux et Arrêté royal du 27 avril 2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux.

²⁷ Art. 12 de la loi coordonnée relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins.

Ensuite, une étude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe a été menée en 2008 par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) afin de déterminer la faisabilité et les conditions de réussite d'un système d'accréditation performant pour la Belgique²⁸.

L'accréditation participant à la qualité des soins, le SPF SP²⁹ agit donc de manière indirecte par le biais du contrat sécurité-qualité dans le cadre hospitalier. Grâce à un premier plan pluriannuel (2007-2012), le SPF SP a sensibilisé et soutenu les hôpitaux dans leur démarche en la matière. Il a proposé un cadre sur lequel pouvait être construite progressivement la démarche qualité et sécurité qui inclut : mission, vision, stratégie, objectifs, mise en place d'un système de gestion de la sécurité des patients avec rapportage d'événements indésirables, approche processus, définition d'indicateurs, etc.

Le deuxième plan pluriannuel 2013-2017 va plus loin et met l'accent sur des thèmes généraux tels que le système de gestion de la sécurité des patients, le *leadership* (gouvernance), la communication et le *patient empowerment*. Des thèmes spécifiques sont également pris en compte tels que la vigilance dans ses nombreux aspects : l'identité du patient, la traçabilité, les médicaments à haut risque, la sécurité en chirurgie, les soins transmuraux ainsi que la privation de liberté en psychiatrie

²⁸ De Walcq C, Seuntjens B, Vermeyen K, Peeters G, Vinck I : Etude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe. KCE Reports 70B, 2008.
On <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmes-d%E2%80%99accr%C3%A9ditation-hospitali%C3%A8re-en-europe>, last access 20/12/2012.

²⁹ Haelterman M. Communication personnelle. Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement, Soins Aigus, Chroniques et Personnes Agées, Cellule Qualité et Sécurité, 13 octobre 2012.

Figure 2 - Lien entre les thèmes spécifiques et génériques du plan pluriannuel 2013-2017 du SPF SP

		thèmes spécifiques			
thèmes génériques		Médicaments à haut risque	'Safe Surgery'	Identito-vigilance	Soins transmuraux
→	Système de gestion de la sécurité	CRITÈRE 1	CRITÈRE 5	CRITÈRE 9	CRITÈRE 13
→	Leadership	OS CRITÈRE 2	OS CRITÈRE 6	OS CRITÈRE 10	OS CRITÈRE 14
→	Communication	1 CRITÈRE 3	2 CRITÈRE 7	3 CRITÈRE 11	4 CRITÈRE 15
→	Empowerment du patient et sa famille	CRITÈRE 4	CRITÈRE 8	CRITÈRE 12	CRITÈRE 16

OS = Objectif Stratégique

Les points clés méthodologiques de ce nouveau plan pluriannuel sont la mise en place de l'auto-évaluation, d'audits internes cliniques et non cliniques intégrés dans un programme d'amélioration de la qualité et la sécurité selon la roue de Deming. Ce plan 2013-2017 stimule donc les hôpitaux à travailler et développer des thèmes qui sont essentiels à l'accréditation.

En outre, l'autorité fédérale organise le feedback multidimensionnel et a financé une étude interuniversitaire : « Indicateurs de performance hospitalière en Belgique : développement d'un set d'indicateurs dans la cadre de l'amélioration continue de la performance »³⁰.

2. EN FLANDRE

Dès 1997, la Flandre a promulgué le décret du 25 février 1997 relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins. Celui-ci a été ensuite abrogé par le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale dans les hôpitaux psychiatriques et les centres de santé mentale.

³⁰ Catherine Lucet, Joel Ficet, Francois Daue, Caroline Van Boven, Luk Cannoodt, Dominique Van Dijck, Jessica Jacques HPI.be Hospital Performance Indicators.

Dans l'accord gouvernemental 2009-2014 se trouve un engagement de rendre visible aux citoyens-patients la qualité des soins dans le secteur hospitalier (focus sur la sécurité du patient et sa satisfaction). Le Gouvernement s'est fixé comme objectif de créer un set de base de paramètres de qualité des soins intramurales. La note politique du Ministre de tutelle prévoit l'amélioration de la qualité par la transparence des résultats.

En exécution des déclarations précitées, la Communauté flamande a mis en place une nouvelle politique relative à la qualité des soins en 4 points :

- développer des indicateurs de qualité ;
- encourager l'accréditation ;
- réformer l'inspection intégrant une procédure allégée d'agrément pour les hôpitaux qui se lancent dans une procédure d'accréditation ;
- inciter à la transparence des résultats.

Au 1^{er} janvier 2013, 57 hôpitaux se sont engagés dans la voie de l'accréditation³¹. Un tiers aurait choisi le référentiel JCI et les autres NIAZ (en collaboration avec Canada International).

Rassemblés au sein d'une plateforme, les fédérations hospitalières du Nord du pays appuient cette initiative sur les plans logistique et scientifique³².

³¹ En wat gebeurt er in Vlaanderen? On <http://icuro.be/themas/quality-safety/accreditatie/en-in-vlaanderen.html>, last access 25/1/2013.

³² <http://icuro.be/themas/quality--safety/accreditatie.html>, last access 26/8/2013.

3. EN WALLONIE ET A BRUXELLES

Le Mouvement Wallon pour la Qualité³³ (MWQ) a été créé en 1999 par un consortium d'acteurs institutionnels privés et publics soutenu par la Région Wallonne. Il a pour objectifs de :

- fournir aux décideurs les informations et orientations en matière qualité ;
- développer, exploiter et communiquer la veille des tendances en matière de Qualité ;
- être un laboratoire de méthodes et d'outils créatifs, innovants et pratiques ;
- assurer la promotion et la mise en place d'outils et de recueils de bonnes pratiques ;
- - évaluer la reconnaissance des outils par les utilisateurs.

Le MWQ s'adresse à tous les secteurs d'activités confondus et organise depuis 2005, tous les deux ans le Prix Wallon pour la Qualité.

Tout récemment, le Gouvernement wallon a approuvé en date du 28 août 2013, un plan « qualité des soins » en 6 axes.

1. Réfléchir sur l'évolution des normes et préparer la mise en œuvre de nouvelles normes.
2. Produire des indicateurs.
3. Préparer et accompagner le déploiement du processus d'accréditation.
4. Mettre en cohérence organisation de l'inspection, normes, indicateurs et accréditation.
5. Initier un benchmarking entre établissements de soins.
6. Mener une réflexion sur la diffusion publique de données relatives à l'inspection, la performance et les résultats.

En outre dans le cadre du plan Marshall Horizon 2022, la mesure 13 « stimuler l'innovation et optimiser la gestion des soins de santé » reprend comme action à entreprendre « soutenir l'innovation et la qualité dans les hôpitaux, acteurs de premier plan et importants pourvoyeurs d'emplois, notamment au travers d'une démarche d'accréditation ».

A l'heure actuelle, à notre connaissance, la question n'est pas réellement débattue au niveau des autorités publiques de Bruxelles.

³³ www.mwq.be

En 2009, santhea consacrait une journée d'étude à la qualité des soins.

Par la suite, le 20 septembre 2012, la FHPB (Fédération des Hôpitaux Privés de Belgique) organisait en collaboration avec la CBI (Coordination Bruxelloise d'Institutions sociales et de santé) un séminaire sur la qualité et la sécurité dans les hôpitaux bruxellois, soutenu par les autorités bruxelloises. La Fédération des Institutions Hospitalières (FIH), la Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales (FNAMS) et la Mutualité chrétienne (MC) ont organisé le 5 octobre 2012³⁴ un Congrès intitulé « Ensemble, quelle qualité dans les institutions de soins ? ». À cette occasion, elles ont plaidé pour la mise en place d'un système d'évaluation de la qualité des soins, financé par les autorités, inspiré de ce qui se fait au nord du pays, où l'accréditation et la transparence des indicateurs se mettent en place sous la tutelle de la Communauté flamande.

Selon ces trois organisations, en Wallonie et à Bruxelles, un système de gestion intégrale de la qualité pourrait également être développé avec tous les partenaires concernés. Il s'inspirerait des mêmes axes de travail, à savoir une réflexion intégrée sur les indicateurs de qualité et un mécanisme d'évaluation externe des performances³⁵.

A son tour, en mars 2013, santhea³⁶ a pris l'initiative de rassembler l'ensemble des fédérations hospitalières, les mutualités et les 3 écoles de santé publique francophones au sein d'une plateforme visant à faciliter et à fédérer les initiatives en matière d'accréditation. C'est assurément une initiative à suivre attentivement. Cette initiative privée a pour objectif de fédérer les différentes initiatives en matière d'accréditation des hôpitaux en régions bruxelloises et wallonnes du pays.

³⁴ http://www.mc.be/actualite/communiqué-presse/2012/qualite_soins.jsp.

³⁵ « Une meilleure qualité des soins dans les hôpitaux et les maisons de repos ! », Communiqué à l'occasion du Congrès « Ensemble, quelle qualité dans les institutions de soins », organisé par la FIH - FNAMS - ANMC. 5 octobre 2012. On <http://www.fihhasbl.be/archives.asp>, last access 13/4/2013.

³⁶ Association professionnelle et patronale qui a pour mission de défendre et promouvoir les intérêts des établissements et des services de soins non-lucratifs, du secteur privé non-confessionnel et du secteur public, situés en Wallonie et à Bruxelles.

CHAPITRE III - ANALYSE DES RÉFÉRENTIELS

1. INTRODUCTION

L'initiation d'un processus d'accréditation au sein d'une institution hospitalière est avant tout un choix institutionnel. Si, bien entendu, l'ensemble du personnel doit être sensibilisé à la question afin qu'il puisse s'approprier cet outil, il n'en reste pas moins que c'est d'abord la direction qui doit donner l'impulsion. À côté de cette volonté (ou non) institutionnelle se trouve évidemment la question primordiale à nos yeux et qui fait l'objet de cette étude : l'institution est-elle prête à se lancer dans l'accréditation ? Après avoir décrit brièvement ce qu'était l'accréditation de manière générale ainsi que le contexte particulier de la Belgique, il nous semble important de lever un coin du voile sur les exigences des différents référentiels, c'est-à-dire leur contenu.

2. OBJECTIFS

Dans cette partie, nous souhaitons évaluer dans quelles mesures le contenu des différents référentiels est similaire, et, si des différences existent, sur quels aspects. Le résultat de cette investigation est évidemment un élément important dans l'éventuel choix qui pourra être posé par nos hôpitaux dans la mesure où, si des différences existent, celles-ci pourraient en être un des déterminants. Il s'agit donc d'un élément à prendre en compte dans la préparation à l'accréditation. Pour la même raison, la mise en évidence des forces et des faiblesses des différents référentiels, notre deuxième objectif dans cette partie, permettra de guider les hôpitaux qui le souhaitent dans leur choix.

3. MÉTHODOLOGIE

L'objectif premier de cette partie de notre étude est la mise en avant du contenu des différents référentiels, avec leurs similitudes et leurs différences, afin de déterminer quelles sont les thématiques et les exigences auxquelles les institutions souhaitant avancer vers l'accréditation devront faire face. Pour ce faire, nous avons travaillé de la manière suivante :

1. lecture approfondie de trois référentiels potentiellement utilisables par les hôpitaux wallons et bruxellois, en particulier les hôpitaux universitaires ;
2. mise en évidence de leur structure respective ;

3. définition d'un tronc commun de critères aux trois référentiels et des différences.

Dans le cadre du deuxième objectif de cette partie, nous avons évalué chaque référentiel sur base d'une série de critères. Nous avons choisi de nous concentrer sur des aspects susceptibles de différencier les référentiels proposés et donc d'influencer le choix des hôpitaux, via notamment la prise en compte de la philosophie de chacun des référentiels, de leur utilisation dans les autres pays, de leur mise en œuvre ainsi que de l'implication des différents acteurs dans le processus. Les aspects relatifs au coût et à la méthodologie ont déjà été brièvement abordés plus haut.

Il faut noter que, pour cette deuxième partie, certains organismes sont actuellement en pleine prospection, et que les services proposés évoluent rapidement. Il convient d'interpréter les résultats de cette partie avec prudence en gardant en tête qu'il s'agit d'une photographie à un moment donné, vu que les référentiels sont amenés à évoluer avec le temps.

4. PRÉSENTATION DES RÉFÉRENTIELS

Il existe de par le monde une cinquantaine d'organismes d'accréditation, et donc au moins autant de référentiels. Travailler sur l'ensemble de ceux-ci aurait demandé une énergie démesurée sans pour autant apporter une véritable valeur ajoutée au travail. Nous avons préféré nous limiter à trois référentiels qui, selon nous, sont les référentiels potentiellement utilisables par nos hôpitaux. Les organismes proposant ces référentiels sont les suivants : la Haute Autorité de Santé (HAS) de France pour laquelle nous avons estimé que l'argument de proximité tant géographique que culturelle rendait la prise en compte de cet acteur nécessaire, Accréditation Canada International (ACI) choisi par environ deux tiers des hôpitaux flamands (suite au mariage avec NIAZ, l'organisme hollandais), et enfin la Joint Commission International (JCI), pour laquelle un tiers des hôpitaux flamands s'étant engagés dans un processus d'accréditation ont opté.

4.1. Haute Autorité de Santé (France) - HAS³⁷

Le référentiel utilisé par la Haute Autorité de Santé au moment de l'étude est la V2010 révision 2011. En constante évolution, une nouvelle méthodologie de visite, plus axée sur la gestion des risques et les patients-traceurs, sera d'application dès 2014.

³⁷ HAS, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, avril 2011, 3^{ème} édition, Paris, France.

Le référentiel de certification (dénomination française de l'accréditation) de la HAS se base sur une logique institutionnelle : la certification couvre l'ensemble de l'institution, et non pas les services les uns à côté des autres. Il est organisé de manière horizontale, et non verticale (à l'exception de quelques critères qui sont spécifiques à l'un ou l'autre service en particulier). Cela permet à l'ensemble de l'hôpital d'intégrer la stratégie de l'établissement, mais engendre des difficultés dans la mise en œuvre du processus, puisque le référentiel n'est pas utilisable comme tel dans chaque service et département.

Le référentiel est divisé en deux grands chapitres : « Management de l'établissement » et « Prise en charge du patient ». Chaque chapitre est divisé en plusieurs parties, elles-mêmes constituées de plusieurs références, au sein desquelles se retrouvent les critères.

Les critères ne s'appliquent pas nécessairement à toutes les structures. Ainsi, une différenciation peut être faite entre « Médecine, chirurgie et obstétrique », « Santé mentale », « Soins de suite et de réadaptation », « Soins de longue durée » et « Hospitalisation à domicile ».

Certains critères sont étiquetés comme étant des « Pratiques exigibles prioritaires ». La HAS définit celles-ci de la manière suivante : « Les pratiques exigibles prioritaires sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées. L'étude par l'équipe d'experts-visiteurs du positionnement de l'établissement au regard de ces exigences sera systématique et bénéficiera d'une approche standardisée. La sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets jugés fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, par la HAS, les parties prenantes et les experts nationaux et internationaux ainsi que sur la capacité de la certification à générer des changements sur ces sujets. La non-atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduira systématiquement à une décision de certification péjorative voire à une non-certification »³⁸.

Enfin, certains critères sont repris comme indicateurs dans le cadre du recueil généralisé d'indicateurs dans le système de santé et dans la certification, recueil qui poursuit un triple objectif : développer la culture de la mesure de la qualité des soins, disposer de mesures factuelles de la qualité, renforcer l'effet levier sur l'amélioration de la qualité des soins. Dans le cadre de la certification V2010, trois types d'utilisation des indicateurs sont à distinguer : les indicateurs nationaux de qualité généralisés par la Haute Autorité de Santé, les indicateurs nationaux du tableau

³⁸ HAS, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, avril 2011, 3^{ème} édition, Paris, France.

de bord des infections nosocomiales généralisés par le ministère de la santé, et les indicateurs et les tableaux de bord internes à l'établissement.³⁹

Le manuel est composé de 85 critères. Chaque critère est brièvement décrit, notamment sur base des évidences et de la législation française, puis est décliné en sous-critères organisés sur base de la roue de Deming (Plan-Do-Check-Act). Il y a donc là une volonté d'établir une véritable dynamique d'amélioration continue.

4.2. *Accréditation Canada International – ACI*^{40,41}

Le programme canadien porte le nom de QMentum. Avant tout, il faut noter que la version internationale du référentiel canadien n'est actuellement disponible qu'en anglais. Le travail a donc été principalement effectué sur le manuel québécois qui, selon le CEO d'Accréditation Canada International, est très proche de la version internationale. Certains éléments ont néanmoins été analysés dans le cadre de la version internationale en anglais. Entre temps, une première traduction en français a été réalisée. Cependant, à l'heure où ces lignes sont écrites, un travail important reste encore à réaliser en termes de lisibilité, de traduction d'intentions et d'adéquation avec l'organisation de notre système de soins.

Contrairement au référentiel HAS, le référentiel canadien est organisé verticalement, sous forme d'une vingtaine de référentiels, chacun étant applicable à un service en particulier, à l'exception de quelques-uns portant notamment sur les médicaments, sur l'organisation de l'hôpital d'un point de vue global, ou encore sur le conseil d'administration.

Chaque référentiel est composé d'une série de normes et de critères. Chaque critère est classifié dans une des dimensions suivantes : « Accent sur la population », « Accessibilité », « Sécurité », « Milieu de travail », « Services centrés sur le client », « Continuité des services », « Efficacité » et « Efficience ». Il y a une réelle volonté de cet organisme de justifier l'existence de chacun des critères sur cette base, répondant probablement à des impératifs sociétaux en termes de gestion du système des soins de santé. De plus, certains critères sont également classés comme étant des « Pratiques Organisationnelles Requises – POR », des critères prioritaires ou des mesures de rendement. À l'image des Pratiques Exigibles Prioritaires françaises, les Pratiques Organisationnelles Requises

³⁹ HAS, Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans la certification, janvier 2011, Paris, France, www.has-sante.fr

⁴⁰ Accréditation Canada/Agrément Canada, *Programme QMentum*, Ottawa, Canada, 2012.

⁴¹ Accréditation Canada/Agrément Canada, *Programme QMentum International*, Ottawa, Canada, 2012

sont définies comme étant des pratiques fondées sur des données probantes qui réduisent les risques et contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des services de santé⁴². En termes d'indicateurs, le Canada mise beaucoup plus sur les résultats, là où les français se concentrent sur le processus.

Comme dans le cas de la HAS, l'organisme canadien propose donc une gradation des différents items. Cette gradation va même plus loin, puisque qu'ACI propose trois niveaux d'accréditation, en fonction des critères concernés et du niveau de « compliance » à ceux-ci selon qu'ils soient prioritaires ou non.

Au total de la vingtaine de référentiels, on retrouve près de 500 critères, dont une centaine de POR. Si une multitude de référentiels et de critères est donc présente, il faut relativiser cela par le fait que nombre d'entre eux sont très similaires, et reprennent les mêmes items. Ainsi, les POR se réduisent à « seulement » une petite quarantaine lorsque l'on supprime les doublons présents dans plusieurs référentiels.

Il faut enfin souligner que l'organisme canadien, contrairement à la JCI, ne réaccrédite pas nécessairement les services accrédités par d'autres instances (par exemple JACIE).

4.3. Joint Commission International – JCI⁴³

Le référentiel de la Joint Commission International est le pendant du référentiel américain de la Joint Commission. Selon certains experts, les exigences de la version internationale sont cependant moins élevées. Le travail de comparaison a été réalisé sur la quatrième édition du référentiel, qui est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011. Une cinquième édition sera publiée en 2014, mais aucune traduction en français n'est pour le moment prévue. À l'image de la HAS, le référentiel JCI propose une vue principalement transversale de l'institution complétée par un point d'attention particulier sur les soins chirurgicaux. Il est composé de deux sections : « Standards centrés sur le patient » et « Standards de gestion de l'établissement de soins ». Il s'agit donc d'une structure similaire à la HAS, mais dont les deux grandes parties sont inversées. Il s'agit d'ailleurs là d'une spécificité de la JCI, à savoir la place centrale et très importante du patient (et de sa famille) dans le référentiel. Chaque section est composée de sous-sections reprenant une série d'objectifs. Chaque objectif est décrit et

⁴² Accréditation Canada/Agrément Canada, *Pratiques Organisationnelles Requises 2012*, Ottawa, Canada, 2012.

⁴³ Joint Commission International, *Standards Joint Commission International pour l'accréditation des hôpitaux*, 2010, 4^{ème} édition, Oakbrook Terrace, Illinois, USA.

présente une série d'éléments mesurables qui seront contrôlés lors de la visite. Contrairement aux référentiels français et canadien, on ne trouve pas de priorisation de certains aspects. Tous les objectifs sont sur un pied d'égalité. Néanmoins, un premier chapitre reprend une série d'objectifs internationaux pour la sécurité du patient (International Patient Safety Goals - IPSG), qui peuvent être interprétés comme des critères prioritaires. La JCI réaccrédite les services ou programmes de soins accrédités par d'autres instances. Le référentiel débute par une explication claire et exhaustive des politiques et procédures de la JCI.

5. COMPARAISON DES CONTENUS

5.1. Introduction

Cet exercice, d'apparence simple, s'est dans les faits révélé fort complexe. En parcourant une première fois les trois référentiels, on s'aperçoit rapidement que l'organisation du contenu de ceux-ci est très différente, comme cela a été souligné plus haut. La structuration, la formulation des critères et le niveau de détails étant significativement variables d'un référentiel à l'autre, la comparaison des contenus est dès lors compliquée, voire presque impossible. En effet, une même thématique peut être abordée à différents endroits selon le référentiel considéré, le regroupement des critères ne se fait pas nécessairement selon le même schéma, et un même critère peut être plus ou moins détaillé. Un critère dans un référentiel peut même regrouper plusieurs critères d'un autre. Dès lors, la comparaison précise des référentiels, et la mise en avant des points communs et des différences relèvent pratiquement de l'impossible. Néanmoins, une lecture plus approfondie et transversale nous a permis de réaliser qu'au-delà des différences organisationnelles et rédactionnelles des critères, les thématiques abordées dans les référentiels sont globalement très similaires. Ceci est évidemment un résultat important puisqu'il signifie que les agences d'accréditation se concentrent sur les mêmes problématiques et que donc la préparation à l'accréditation peut se faire indépendamment du choix du référentiel.

Suite à ce constat, nous avons décidé de ne pas travailler critère par critère, afin d'éviter de dépenser une énergie et un temps considérable pour au final comparer des virgules et des points, mais plutôt de travailler par thématique. L'exercice a donc consisté à tenter, dans la mesure du possible, d'agréger les niveaux très détaillés en un niveau supérieur afin de pouvoir analyser quelles thématiques se retrouvent dans tous les référentiels, et quelles sont les éventuelles spécificités.

5.2. Les pratiques prioritaires : la base...

Nous avons choisi, pour démarrer notre comparaison, de partir des pratiques définies comme étant prioritaires dans deux référentiels à savoir le Français avec les « Pratiques Exigibles Prioritaires » et le Canadien avec les « Pratiques Organisationnelles Requises », ainsi que des IPSG de la JCI. Si le manuel de la HAS propose 19 pratiques prioritaires, le canadien en compte près de quarante. Le manuel américain, quant à lui, propose 6 IPSG. Le référentiel français étant plus global, c'est de celui-ci que nous sommes partis (et dont nous avons, dans la plupart des cas, conservé la formulation) pour relever les thématiques prioritaires couvertes et voir si celles-ci sont reprises parmi les POR canadiennes et les critères (en ce y compris les IPSG) de la JCI. Les thématiques relevées sont les suivantes.

L'existence d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Il s'agit évidemment de la base du processus d'accréditation puisque celui-ci n'est jamais qu'un outil utilisé dans le but de soutenir un processus d'amélioration continue. C'est ce programme qui va permettre d'encadrer l'ensemble des projets développés dans l'institution et des actions menées, les évaluer et les ajuster. S'il s'agit d'un critère spécifique dans le référentiel français, on retrouve plusieurs POR canadiens qui peuvent y être attachés. Citons par exemple le POR relatif au plan de la sécurité des patients. Dans le référentiel JCI, il s'agit d'un chapitre entier dans la section « Gestion de l'établissement de soins ».

La gestion des événements indésirables

Se retrouve bien entendu aussi dans les trois référentiels, étant donné qu'il s'agit d'un des moyens les plus utilisés pour identifier les faiblesses et les corriger. Un critère spécifique est consacré à ce point dans tous les référentiels. En plus de ce critère central, la notion d'événements indésirables, et leur gestion, se retrouve évidemment dans d'autres critères à travers les référentiels.

L'identification des patients

Cet item se retrouve également dans chaque référentiel en tant que critère à part entière (PEP, POR ou IPSG). Il est d'ailleurs intéressant de remarquer la similitude qu'il existe sur ce point entre les différents référentiels.

Accréditation Canada/Agrément Canada

- L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'entreprendre tout service ou toute intervention.
- L'équipe utilise au moins deux identificateurs de client avant d'administrer les médicaments.

De plus, la version internationale du programme QMentum précise également que :

- *the organization has a documented method of client identification (e.g. wrist bands, photo identification) that is standardized across the organization;*
- *the client's room number cannot be used to identify the client.*

JCI

- Le patient est identifié à l'aide de deux identifiants, à l'exclusion du numéro de chambre ou de service du patient.
- Le patient est identifié avant l'administration de médicaments, sang ou produits sanguins.
- Le patient est identifié avant tout prélèvement de sang et d'autres échantillons pour les tests cliniques.
- Le patient est identifié avant l'exécution de traitements et de procédures.
- Les politiques et les procédures soutiennent la cohérence de la pratique d'identification du patient dans toutes les situations et toutes les unités.

HAS

- **Prévoir** : Une organisation et des moyens permettant de fiabiliser l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont définis.
- **Mettre en œuvre** : Les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient. Les professionnels de santé vérifient la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription avant tout acte diagnostique ou thérapeutique.
- **Evaluer et améliorer** : La fiabilité de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge est évaluée à périodicité définie (indicateurs, audit) et les erreurs sont analysées et corrigées.

Bien qu'il s'agisse d'un des quelques cas où les formulations sont aussi proches les unes des autres, il n'en reste pas moins qu'on s'aperçoit à la lecture de cet exemple que les thématiques traitées et les exigences sont relativement semblables.

Maîtrise du risque infectieux

On va retrouver au sein de cette thématique tout ce qui concerne la prévention des infections, le respect des règles en la matière, et, en particulier, l'hygiène des mains. Le référentiel canadien et américain lui consacre respectivement tout un référentiel et tout un chapitre. Le référentiel américain le classe comme un des objectifs internationaux pour la sécurité des patients. Dans le référentiel HAS, il s'agit d'un des 85 critères sous forme d'un PEP. Enfin, le Canada y consacre 4 POR.

Le transfert/la communication efficace des renseignements

Il s'agit d'un POR canadien (transfert d'informations d'un prestataire de services à l'autre aux points de transition) ainsi que d'une thématique reprise dans les IPSG de la JCI. Au niveau du référentiel français, ces aspects sont repris au sein de deux pratiques prioritaires, à savoir « Continuité et coordination de la prise en charge des patients » et « Gestion du dossier patient ».

Gestion des médicaments

Ce sujet fait l'objet de deux critères dans le référentiel français, et de dix pratiques organisationnelles requises dans le référentiel canadien. Par ailleurs, le Canada, comme le référentiel américain, lui consacre un référentiel/un chapitre en entier. L'accent, pour le Canada, est surtout mis sur le bilan comparatif des médicaments. Dans le référentiel américain, la gestion des médicaments à hauts risques fait l'objet d'un IPSG.

L'utilisation de la Check-List opératoire

Souvent utilisé en référence à la check-list de l'OMS, nous retrouvons cette thématique sous la forme de POR chez les canadiens, d'IPSG chez les américains, et au sein du PEP « Gestion du bloc opératoire » en France.

La prévention des chutes

Cette thématique est reprise en tant que telle comme POR et au sein des IPSG. Par contre, bien qu'étant indirectement pris en compte par la HAS, il ne fait pas l'objet d'un critère à part entière dans ce référentiel.

À côté de ces thématiques prioritaires communes, l'un ou l'autre des référentiels met en avant certaines thématiques qu'il classe comme étant prioritaires, alors que ce n'est pas le cas des autres référentiels, qui reprennent bien celles-ci mais les classent en non prioritaires.

Pour le Canada, il s'agit notamment de prévenir la violence en milieu de travail, de mettre en œuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, de la formation et du perfectionnement à la sécurité des patients, l'information et la formation des patients et de la famille en ce qui concerne la sécurité, l'utilisation des pompes à perfusion, l'évaluation et la prise en charge des risques d'avoir une thrombo-embolie veineuse ou une plaie de pression, et enfin l'évaluation du risque de suicide chez les patients en santé mentale.

Pour la France, on relève l'existence d'un système de gestion des plaintes et réclamations, le respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté, la prise en charge de la douleur, la prise en charge et droits des patients en fin de vie, l'accès du patient à son dossier, la prise en charge somatique des patients et la prise en charge des urgences et des soins non programmés.

5.3. Les autres thématiques communes traitées

À côté des thématiques présentes dans les trois référentiels étudiés et considérées comme prioritaires par au moins l'un d'eux, on trouve évidemment de nombreux autres critères communs. Nous allons rapidement les parcourir. Pour les mêmes raisons que celles évoquées plus haut, nous basons sur le référentiel français, plus global dans sa structure que les autres.

La qualité et la sécurité des soins : en complément de l'existence d'un programme tel que repris dans les axes prioritaires, la notion de politique institutionnelle et de culture est reprise dans les différents référentiels. On retrouve également la gestion et l'évaluation des risques, le respect des obligations légales, l'évaluation de la satisfaction des usagers, les antibiotiques, la gestion des crises, le risque transfusionnel, ...

L'existence d'un système d'information est également reprise partout. La JCI y consacre un chapitre entier, alors que la France en fait une référence. Pour le Canada, cette thématique se retrouve à travers les différents référentiels. Les aspects de sécurité du système d'information sont évidemment primordiaux. De même, la gestion documentaire en fait partie intégrante, étant donné son rôle crucial dans le soutien à l'amélioration continue.

La place centrale du patient est mise en exergue dans les référentiels, même si son importance varie de l'un à l'autre. Des éléments tels que les droits et les libertés individuelles des patients, le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité, ainsi que l'information, le consentement et la

participation du patient font parties des critères. De même, l'accueil et l'accompagnement de l'entourage, ainsi que les représentants des usagers, sont aussi repris.

Le fonctionnement de l'hôpital est lui aussi abordé, notamment via la gestion des emplois et des compétences (ainsi que la formation continue), la santé et la sécurité au travail, les infrastructures et la logistique, l'utilisation d'indicateurs et de tableaux de bord, ...

La gestion et l'accès du dossier patient est une thématique qui revêt un caractère de grande importance (d'ailleurs prioritaire pour la HAS) dans les trois référentiels étudiés.

L'ensemble du parcours du patient, de l'admission à la sortie, fait l'objet de critères. Notons notamment l'accueil, l'évaluation et la prise en charge du patient, la continuité et la coordination des soins, la gestion des examens, la prise en charge des urgences, la prise en charge de la douleur, la démarche éthique et la gestion de la fin de vie, l'éducation du patient, ou encore la sortie du patient.

Les laboratoires, l'imagerie médicale, le bloc opératoire, les urgences, la médecine nucléaire, les équipements biomédicaux et le don d'organes se retrouvent dans les trois référentiels étudiés. Il y est notamment question de démarche qualité, d'entretien du matériel et de sécurité des patients.

5.4. Les thématiques spécifiques

Enfin, si quelques critères sont effectivement différents d'un référentiel à l'autre, il nous a semblé plus intéressant de relever certaines thématiques spécifiquement développées par l'un ou l'autre des référentiels.

Le référentiel de la HAS met l'accent sur deux domaines particuliers : l'environnement et l'évaluation des pratiques professionnelles. La gestion de l'environnement est mise en avant au moyen de six critères portant, notamment, sur le développement durable et la gestion de l'eau, de l'air, de l'énergie et des déchets. Si cette problématique se retrouve ponctuellement ailleurs, la France y porte une attention nettement plus importante. Le deuxième domaine est quant à lui propre à la HAS et porte sur les pratiques professionnelles qui, au travers de quatre critères, évalue la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, la pertinence des soins et les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles liées aux indicateurs de pratique clinique.

Toujours au niveau de la HAS, on relèvera aussi les critères relatifs à la gestion budgétaire et efficiente des ressources financières, au dialogue social, ainsi qu'à l'hospitalisation à domicile.

Au niveau du Canada, la plus grande spécificité réside dans l'existence d'un référentiel complet consacré au conseil d'administration. On y trouve des critères relatifs à la définition des valeurs, des missions et des objectifs, à son fonctionnement et à son évaluation, à la sélection et à la collaboration avec la direction, aux relations avec les partenaires, à la politique qualité et sécurité, en ce y compris la formation des membres du CA à cette thématique, et à la promotion de celle-ci au sein de l'hôpital.

Le référentiel international américain, quant à lui, met en exergue la formation du patient et des familles. Si ce point se retrouve dans les deux autres référentiels également, il est plus développé dans le référentiel américain qui, globalement, est beaucoup plus rédigé autour du rôle du patient. Un chapitre entier est consacré à la formation du patient et des familles et reprend, notamment, l'existence de formations aux décisions et aux processus de soins, l'évaluation de ces formations, et la liaison avec le dossier patient. En particulier, ces formations doivent porter sur les médicaments, la gestion de la douleur et de l'alimentation, ainsi que sur la rééducation.

5.5. Les forces et faiblesses

Sur base de l'analyse réalisée ci-dessus, il apparaît que, globalement, les trois référentiels étudiés couvrent les mêmes thématiques. Comme déjà dit, ceci est une bonne nouvelle au niveau de la préparation de nos hôpitaux à l'accréditation, puisque celle-ci peut donc se faire indépendamment du référentiel qui serait choisi. Néanmoins, la question du choix finira bien par se poser à un moment ou à un autre. Il nous a dès lors semblé utile de nous arrêter un moment sur les forces et les faiblesses des référentiels afin de mettre en avant les éléments qui pourraient servir aux institutions à sélectionner l'outil le plus approprié.

Afin de pouvoir évaluer ces forces et ces faiblesses, une série de critères ont été sélectionnés. Le choix des critères s'est basé sur les spécificités de chacun des référentiels qui sont apparues lors de la lecture de ceux-ci et de rencontres avec des représentants des organisations d'accréditation. Deux remarques importantes doivent être faites. Premièrement, la méthodologie utilisée implique que les critères sélectionnés ne sont pas nécessairement exhaustifs. D'autres critères pourraient certainement être étudiés. Il s'agit d'un premier travail d'investigation qui pourra être individuellement complété par les hôpitaux en fonction de leurs éventuelles spécificités et besoins propres. Deuxièmement, l'évaluation de chaque critère peut être amenée à évoluer dans le temps.

En effet, les trois organisations sont de plus en plus présentes dans le paysage Wallon et Bruxellois, et leur offre semble varier en fonction de l'évolution de la question chez nous. Il s'agit d'une photo à un moment donné, qui devra être mise à jour dans le futur.

Pour chacun des critères, nous avons cherché à déterminer le référentiel qui nous semblait le mieux y répondre sur base des éléments fournis par les agences d'accréditation. Il est indispensable de souligner que si le « gagnant » est, dans la grande majorité des cas, non discutable, ce n'est pas forcément la même chose concernant le « perdant », la deuxième et la troisième marche étant parfois difficilement discriminables.

Lorsque l'on parle de critères comparatifs entre référentiels d'accréditation, la première idée qui vient à l'esprit concerne le coût que cela représente. Il faut évidemment différencier les coûts relatifs au contrat avec une organisation, et les autres coûts, indépendant du référentiel choisi, propres à ce type de démarche. La deuxième catégorie de coûts commence à faire l'objet d'études visant à les quantifier. Il ne sera donc pas possible d'y apporter une réponse ici, d'autant qu'étant indépendant du référentiel choisi, la question n'est pas l'objet de cette partie de l'étude. Concernant le premier type de coûts, à savoir le coût du contrat, il est très difficile d'obtenir une information claire et précise sur le sujet. Le coût direct de contracter avec un des deux organismes nord-américains seraient d'environ 20.000 à 30.000 euros par an. Il est malheureusement impossible de vérifier ces chiffres, étant donné qu'il s'agit toujours d'une négociation confidentielle entre l'organisme et l'hôpital. Pour la France, c'est encore plus complexe étant donné le statut public de la HAS, son impossibilité de certifier à l'étranger, et le peu d'institutions travaillant actuellement avec France Accréditation, organisme privé proposant d'accréditer des hôpitaux en dehors de la France sur base du référentiel français. Les dernières informations obtenues à ce jour indiquent que France Accréditation facturerait un montant de 40.000 euros par cycle d'accréditation (3 ans), hors frais de visite. Un autre critère évident serait la méthodologie d'accréditation. Il apparaît néanmoins que les méthodologies sont extrêmement proches, et qu'il n'est dès lors pas utile d'utiliser ce critère.

Les critères finalement choisis sont relatifs à quatre domaines : la maturité de l'organisme d'accréditation, la philosophie du référentiel, la mise en œuvre du référentiel et l'implication des acteurs.

La maturité de l'organisme d'accréditation

La Joint Commission International, branche internationale de la Joint Commission, a été créée en 1994. Elle est donc âgée de presque 20 ans et est active dans plus de 90 pays. La Joint Commission a,

quant à elle, été créée dans les années cinquante. Cet organisme a donc un degré de maturité élevé sur la question. Le référentiel est utilisé dans le monde entier, et son contenu a eu l'occasion de faire ses maladies de jeunesse. Si l'organisme canadien date également des années cinquante, sa branche internationale n'est apparue qu'en 2004, soit dix ans plus tard que son équivalent américain, et est active pour le moment dans une dizaine de pays. Enfin, la HAS a lancé son programme de certification en 1999. Il s'agit donc du système le plus jeune. Ne pouvant travailler hors des frontières de France, un organisme privé dénommé France Accréditation et actif depuis fin 2010 propose aux hôpitaux étrangers de les accréditer sur base du référentiel et du modèle français. Un petit nombre d'institutions, principalement en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, travaille actuellement avec cet organisme.

La philosophie du référentiel - Structuration et première prise en main du référentiel

Ce critère s'attache à la manière dont le manuel est structuré, que ce soit au niveau de la logique, de la présentation, de la cohérence, et sur la facilité de prise en main. Le manuel HAS semble être le mieux construit. Sa structure transversale et sa déclinaison en un nombre de critères limités permettent d'avoir une idée rapide et globale du référentiel. Par ailleurs, la décomposition de chaque critère sous la forme « PDCA » permet de structurer la mise en place des actions. Le JCI bénéficie aussi d'une organisation transversale avec des thématiques bien déterminées. On se rend donc très vite compte de l'étendue du référentiel. Par contre, le référentiel canadien, de par sa structure en silo, rend la prise en main du référentiel plus lourde.

La philosophie du référentiel - Lisibilité du référentiel et des critères

C'est le référentiel JCI qui fournit le plus de détails en ce qui concerne les critères à remplir. Chaque critère est en effet fourni avec une série d'éléments mesurables qui seront contrôlés. On sait donc parfaitement ce qu'il faut mettre en place. Le référentiel canadien se place en deuxième position, étant donné qu'il fournit également pas mal de détails, tout en étant un peu moins précis que la JCI. Enfin, le référentiel de la HAS reste plutôt général, et n'indique pas clairement les éléments à implémenter et qui seront contrôlés. Si cela laisse plus de libertés aux institutions au niveau de la mise en pratique des critères, cette liberté peut devenir un handicap dans la mesure où des non spécialistes de la question peuvent facilement être perdus et ne pas savoir ce qu'ils doivent faire.

La philosophie du référentiel - Résultat du processus et progressivité de l'évaluation

La question est ici de savoir dans quelle mesure la conclusion de la visite d'accréditation est suffisamment souple pour s'adapter aux différents niveaux des hôpitaux en matière de qualité et sécurité des soins, et promouvoir l'amélioration continue. De ce point de vue, c'est le référentiel canadien qui se place premier, tant par l'existence des critères prioritaires et des pratiques organisationnelles requises, que par l'existence de différents niveaux d'accréditation. La HAS, avec une structuration de ses critères selon la roue de Deming (Plan – Do – Check – Act) favorise également l'amélioration continue. Par contre, la JCI apparaît plus comme un jugement dichotomique, même s'il semble que les exigences de conformité aux critères évoluent (à la hausse) dans le temps au fur et à mesure des visites. Il faut noter que si l'existence de différents niveaux d'accréditation permet de rentrer plus facilement dans la démarche, le signal envoyé vers le public peut être néfaste. Se pose évidemment la question ici de la publicité des résultats. Un débat sur ce point sera évidemment crucial pour assurer la mise en place d'un système supporté par tous.

Mis en œuvre du référentiel - Démarrage

Il est question ici de la vitesse à laquelle une institution peut aujourd'hui mettre en place une collaboration avec un organisme pour rentrer dans un processus d'accréditation. Même si, selon nous, cette notion de vitesse ne doit pas être un facteur menant à un choix institutionnel, il nous semble indispensable de souligner que des différences existent entre les référentiels. La JCI ne nécessite qu'une signature pour se lancer dans l'aventure. Le référentiel et les experts-visiteurs (internationaux) sont disponibles. ACI est actuellement en train de faire traduire son référentiel international en français. Bien que des hôpitaux puissent déjà contracter avec cette organisation, la finalisation de la traduction prendra encore un peu de temps. Par ailleurs, l'organisme canadien base son fonctionnement sur la formation d'expert-visiteurs régionaux. Bien qu'en attendant, des experts étrangers viendront visiter les hôpitaux qui décideraient de choisir ce référentiel, cette formation prendra également du temps. Enfin, le cas Français est plus complexe. En effet, la HAS ne peut pas certifier des hôpitaux étrangers à la France, cela n'étant pas prévu dans ses statuts. France Accréditation se présente comme l'organisme français pouvant certifier des hôpitaux étrangers sur base du référentiel français. Des collaborations semblent effectivement exister entre les deux organisations, même si la HAS ne peut mandater officiellement une organisation pour travailler à l'étranger. Néanmoins, l'accréditation de France Accréditation par l'ISQUA n'est pas encore une réalité. En effet, si le référentiel et la formation des experts-visiteurs sont déjà accrédités via la HAS, il n'en est pas de même de l'organisation en tant que telle qui est toujours en attente du précieux sésame.

Mis en œuvre du référentiel - Accompagnement

ACI propose de développer un partenariat avec les différents acteurs pour accompagner les hôpitaux dans l'accréditation. L'option choisie par ACI est d'ailleurs d'établir en Belgique francophone un bassin d'expertise sur son référentiel. Néanmoins, aucune proposition concrète globale et institutionnelle n'a pour le moment été faite, les collaborations étant limitées à des accords bilatéraux. La proximité de la France offre la possibilité de recourir, éventuellement et sous réserve de confirmation, à certains services offerts par la HAS, et donc d'accompagner efficacement les hôpitaux, même s'il ne s'agit pas d'un service sur mesure à l'image des propositions actuelles des canadiens. Parallèlement, France Accréditation a établi un partenariat avec SPH Conseil, filiale privée de la Fédération des Hôpitaux de France, afin de proposer la mise en place d'un accompagnement des hôpitaux tant institutionnel que sur mesure. Enfin, la JCI propose une série d'outils et de services payants afin d'accompagner les hôpitaux via JCI Consulting.

Mis en œuvre du référentiel - Outils disponibles

Indépendamment du référentiel choisi, même si cela procure évidemment un avantage au référentiel français, la HAS met gratuitement à disposition sur son site internet, toute une série d'informations et d'outils (en ce y compris des outils informatiques et un recueil de bonnes pratiques mis à jour continuellement). Une large panoplie est disponible et testable. Le système informatique Qmentum canadien semble être, quant à lui, très abouti (et une des raisons à l'origine du mariage NIAZ-QMentum).

Mis en œuvre du référentiel - Visiteurs

La question des experts-visiteurs est cruciale dans un processus d'accréditation. Il est question ici d'évaluer l'indépendance des visiteurs, de l'origine de ceux-ci, de la formation offerte, ... À ce titre, la proximité avec la France donne un avantage certain à France Accréditation, étant donné la possibilité de recourir à des experts de la HAS déjà formés, parlant le français et forcément indépendants puisque étrangers au système belge. La JCI a recours à un pool d'experts internationaux, déjà formés et disponibles, ce qui garantit à priori l'indépendance. Par contre, il est nécessaire de recourir à des interprètes, les visiteurs étant anglophones. Enfin, ACI propose de former un pool de visiteurs en Belgique francophone. Si cela permet d'assurer un nombre de visiteurs suffisants, ainsi qu'une possibilité de partage d'expérience et d'appropriation, la question de l'indépendance dans un marché aussi réduit se pose.

Implication des acteurs - Conseil d'administration

ACI consacre un chapitre entier au conseil d'administration, à son rôle et à son articulation avec la direction. La JCI consacre également une série de critères au CA. Enfin, la HAS fait de même, mais de manière moins importante.

Implication des acteurs - Personnel hospitalier

Le référentiel JCI insiste énormément sur l'implication de l'ensemble du personnel. ACI le fait aussi, mais de manière moins importante. C'est à la HAS, avec des critères moins précis, que l'accent sur le personnel est le moins mis en avant, même si cet aspect est évidemment présent.

Implication des acteurs - Parties prenantes

À l'instar du critère précédent, les parties prenantes (familles, communauté, partenaires, associations, ...) sont très impliquées dans le processus dans le référentiel JCI et ACI, moins dans le français.

Le résultat de ces analyses montre que les trois référentiels étudiés sortent « gagnant » sur certains critères. Il apparaît que le choix de l'un ou de l'autre peut être, en partie au moins, dicté par la stratégie propre de l'hôpital, ses besoins et ses spécificités.

CHAPITRE IV - EXPÉRIENCES EXPLORATOIRES

Ce chapitre a comme objectif de confronter le terrain à la thématique de l'accréditation et ainsi se faire une idée de la manière dont elle est perçue et du travail qu'il reste à accomplir. La première partie de ce chapitre sera consacré aux résultats d'une enquête internet diffusée auprès des directions et destinée à mesurer l'importance octroyée à certains critères essentiels repris dans les référentiels d'accréditation, ainsi que la mise en œuvre de ceux-ci au sein des institutions. La deuxième partie résumera les principaux enseignements tirés d'un exercice d'accréditation réalisé dans quatre institutions volontaires.

1. ENQUÊTE INTERNET AUPRÈS DES INSTITUTIONS

1.1. Introduction

Dans les chapitres précédents, nous avons introduit le concept d'accréditation et analysés de manière succincte trois référentiels qui pourraient être utilisés en Wallonie et à Bruxelles. Nous avons également vu que la définition d'un tronc commun à ces référentiels n'était pas chose aisée, la majorité des critères étant communs, tout en étant rédigé et organisé de manière parfois très différente. Cependant, à l'exception de quelques thématiques mises en avant dans l'un ou l'autre des référentiels, nous avons conclu que ceux-ci couvraient globalement les mêmes domaines.

Ces référentiels ayant été développés à l'étranger, on est en droit de se demander si les aspects couverts par ceux-ci correspondent bien à la réalité de terrain chez nous. Dit autrement, est-ce que les critères repris dans les référentiels couvrent des aspects que le monde hospitalier belge considère comme étant important ? Une réponse positive à cette question est en effet indispensable si l'on souhaite que le personnel s'approprie le référentiel choisi et s'implique dans une démarche d'accréditation en vue d'initier un processus d'amélioration continue.

1.2. Objectifs

L'objectif principal de cette partie est de confronter le monde hospitalier francophone belge à certains critères présents dans les différents référentiels, et d'évaluer dans quelle mesure ces critères apparaissent comme importants. Bien que la démarche d'accréditation, pour être un succès, doit être adoptée par l'ensemble du personnel, l'initiation de cette démarche est d'abord une décision institutionnelle. Dès lors, il nous a semblé opportun de sonder d'abord les membres des directions.

Cela nous a permis de voir si ceux-ci sont sensibles à ces problématiques, et si les thématiques couvertes rejoignent leurs préoccupations. Nous en avons également profité pour effectuer une première mesure de l'implémentation de ces différents critères au sein des hôpitaux. Bien que subjective, cette mesure nous donnera une idée de la perception de nos hôpitaux et de la distance qu'il nous reste à parcourir avant de pouvoir entrer dans une démarche d'accréditation.

1.3. Méthodologie

L'enquête a été réalisée en collaboration avec un groupe d'étudiants de la *Solvay Brussels School of Economics and Management* qui effectuait une mission auprès de santhea dans le cadre d'un séminaire en management public⁴⁴. L'enquête a été diffusée aux directions des hôpitaux membres de santhea sous forme d'un questionnaire en ligne durant les mois de décembre 2012 et janvier 2013. Le questionnaire portait sur 61 critères. Ces critères sont issus de la comparaison des différents référentiels et peuvent être considérés comme étant présents dans les trois référentiels étudiés. Le nombre restreint de critères vient du fait que nous avons, par simplicité, décidé de travailler sur base de la formulation du référentiel français qui est, comme nous l'avons déjà vu, plus globale que les autres.

Pour chaque critère, deux questions étaient posées. La première était relative à l'importance accordée par le répondant au critère, et la deuxième était destinée à évaluer, de manière subjective, le degré de mise en œuvre du critère dans l'institution du point de vue du répondant.

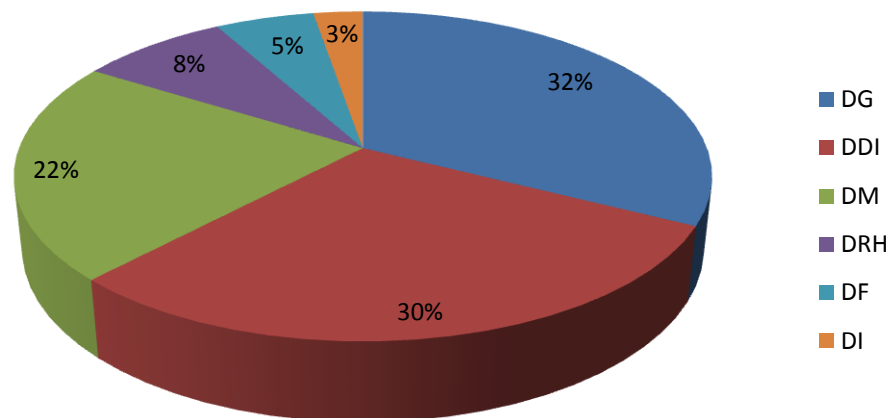
Pour la première question, une échelle de 1 (inutile) à 4 (essentiel) était proposée pour évaluer l'importance de chaque critère. L'absence d'une valeur centrale était destinée à forcer un choix de la part du répondant. Pour la deuxième question, l'échelle n'était constituée que de trois niveaux, permettant ainsi de choisir la position neutre entre le « non mis en œuvre », et le « mis en œuvre ». Cela permettait donc un jugement plus facile de la part du répondant, d'autant plus que si l'évaluation de l'importance est purement individuelle, la deuxième question nécessitait une évaluation subjective de la situation institutionnelle, forcément plus complexe.

⁴⁴ Annaert Michel, Ernoult Julian, Thys Stephanie, et Amaury Verhoustraeten, *Séminaire d'économie d'entreprise : management public*, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, 2013

Afin d'assurer une bonne lisibilité des résultats, ceux-ci ont été transformés en pourcentage et sont donc à lire comme une évaluation sur une échelle de 0 à 1 de l'importance d'un critère pour le répondant ou le groupe étudié, et de l'implémentation du critère au sein de l'institution. Un résultat de 0 signifiera donc, selon la question, que le critère n'est pas du tout important ou qu'il n'est du tout implémenté, et ce sera l'opposé si le résultat est 1.

1.4. Résultats et Analyses

Figure 3 - Fonction des répondants



37 personnes issues des directions d'hôpitaux membres de santhea ont répondu à cette enquête. Sur celles-ci, on trouve 12 directeurs généraux (DG), 11 directeurs de département infirmier (DDI), 8 directeurs médicaux (DM), 3 directeurs des ressources humaines (DRH), 2 directeurs financiers (DF) et 1 directeur informatique (DI). Sur ces 37 personnes, 28 ont indiqué dans l'enquête de quelle institution elles faisaient partie (cette question n'était pas obligatoire). Ainsi, 21 personnes sont issues d'hôpitaux généraux, 5 d'hôpitaux spécialisés et 2 d'hôpitaux psychiatriques. Enfin, 6 personnes travaillent dans un hôpital bruxellois, alors que les 22 autres dont nous connaissons l'origine exercent dans un hôpital wallon.

Avant d'aller plus loin, il est indispensable de souligner qu'aussi intéressant que les résultats ci-dessous puissent paraître, nous ne pouvons exclure l'existence de biais dans ceux-ci. En particulier, le lien menant à l'enquête ayant été envoyé à l'ensemble des membres des directions des hôpitaux santhea, le taux de réponse n'est donc que d'environ 10%, ce qui n'est pas réellement représentatif.

Ceci doit évidemment être relativisé par le fait que ce taux de réponse atteint 25-30% pour les directions générales, médicales et infirmières, ce qui est déjà plus correct. De même, il ne peut pas être exclu que ceux qui ont répondu à l'enquête soient les personnes les plus intéressées par le sujet et/ou les plus informées. À l'opposé, parmi les éventuels répondants qui seraient moins informés quant à cette problématique, certains critères ont pu être mal compris, et donc leur évaluation, tant au niveau de l'importance que de la mise en œuvre, faussée. Enfin, seuls des hôpitaux membres du réseau santhea ont été invités à répondre à l'enquête. Dès lors, l'image renvoyée par les résultats doit être interprétée avec prudence.

Les premiers résultats issus de l'enquête sont intéressants : au niveau de l'importance, les résultats agrégés montrent que tous les critères ont un score supérieur ou égal à 55%. En allant un pas plus loin, on remarque qu'en réalité, la grande majorité des critères ont un résultat qui dépasse les 70%. Ceci indique non seulement que ces thématiques sont importantes pour nos institutions, mais aussi, et surtout, que les points d'attention des différents référentiels correspondent bien aux priorités de nos hôpitaux. Cela signifie que l'implémentation d'une démarche d'accréditation pourrait, contrairement à ce qui est parfois entendu, recueillir l'adhésion du monde hospitalier. La mise en place d'une culture d'accréditation pourrait suffire à lancer le processus et répondre ainsi aux préoccupations du terrain.

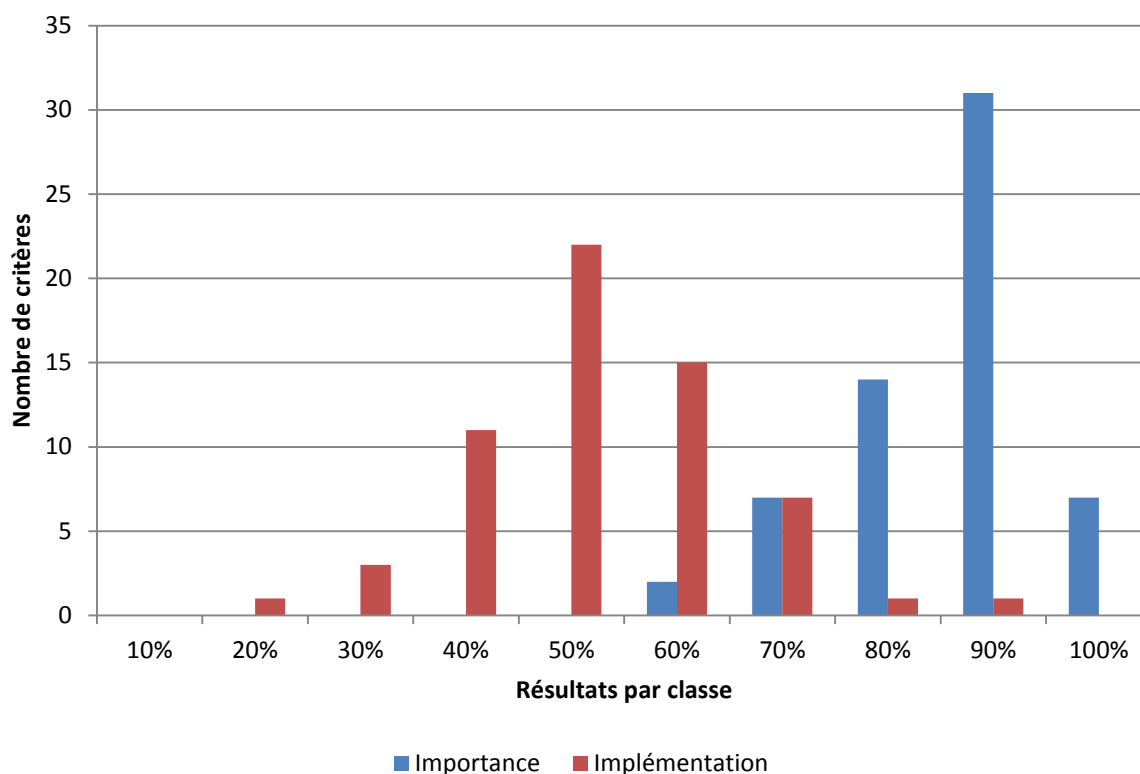
TABLEAU 1 - PERCEPTION DE L'IMPORTANCE ET DE L'IMPLÉMENTATION DE CHACUN DES CRITÈRES DE L'ENQUÊTE

Items	Importance	Implémentation
Définition des valeurs, missions et stratégie de l'établissement	95%	50%
Démarche éthique	75%	39%
Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	93%	50%
Développement d'une culture axée sur la qualité et la sécurité	89%	42%
Direction et encadrement des services	86%	49%
Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	67%	18%
Fonctionnement des instances	74%	47%
Dialogue social et implication des personnels	81%	55%
Sortie du patient	84%	38%
Intégration des nouveaux arrivants	81%	70%
Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements (...) transmission des résultats	79%	51%
Qualité de vie au travail	77%	35%
Gestion budgétaire	88%	69%
Amélioration de l'efficience	83%	43%
Système d'information	87%	36%
Sécurité du système d'information	85%	50%
Gestion documentaire	68%	24%
Gestion des infrastructures et des équipements	81%	35%
Gestion du linge	62%	57%
Gestion de l'air	60%	38%
Hygiène des locaux	76%	65%
Gestion des déchets	69%	58%
Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	86%	46%
Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins	74%	34%
Management des emplois et des compétences	82%	54%
Evaluation des risques a priori	74%	26%
Gestion de crise	81%	41%
Gestion des événements indésirables	81%	53%
Maitrise du risque infectieux	92%	63%
Bon usage des antibiotiques	88%	60%
Vigilances et veille sanitaire	72%	42%
Gestion des équipements biomédicaux	67%	39%
Système de gestion des plaintes et réclamations	80%	68%
Accès du patient à son dossier	75%	46%
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	93%	61%
Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	76%	42%
Accueil et accompagnement de l'entourage	76%	47%
Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	87%	49%
Consentement et participation du patient	85%	51%

Items	Importance	Implémentation
Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé	82%	38%
Prise en charge de la douleur	88%	56%
Prise en charge et droits des patients en fin de vie	88%	58%
Gestion du dossier du patient	93%	54%
Evaluation de la satisfaction des usagers	74%	53%
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	93%	51%
Prise en charge des urgences et des soins non programmés	88%	49%
Information du patient en cas de dommage lié aux soins	82%	43%
Continuité et coordination de la prise en charge des patients	84%	49%
Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	94%	82%
Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique	65%	31%
Hospitalisation sans consentement	55%	27%
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	85%	41%
Prise en charge médicamenteuse du patient	83%	47%
Santé et sécurité au travail	81%	60%
Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale	82%	69%
Demande d'examen et transmission des résultats	79%	57%
Démarche qualité en service d'imagerie médicale	77%	50%
Obligations légales et réglementaires	83%	49%
Dispositif d'accueil du patient	87%	54%
Organisation du bloc opératoire	83%	44%
Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique	64%	33%

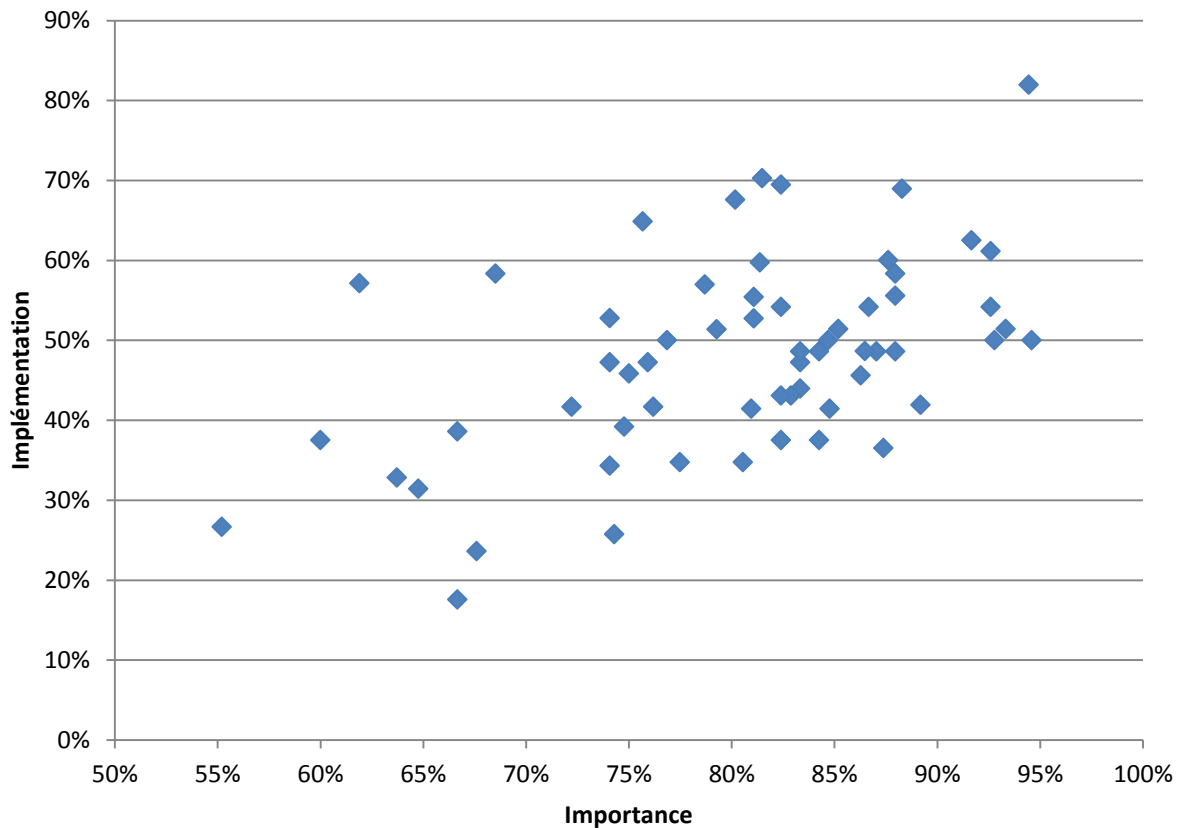
Les résultats agrégés à la deuxième question apportent un éclairage supplémentaire. En effet, les résultats sont beaucoup plus variables que pour la première question, ceux-ci allant de 18% à 82%. En reprenant les seuils définis par les résultats à la première question, on observe que trois quarts des critères ont un score inférieur ou égal à 55%, et seulement deux critères ont un résultat supérieur à 70%. Les résultats des deux questions sont donc pratiquement opposés : les différents critères sont tous (très) importants, mais la grande majorité d'entre eux ne sont pas (complètement) implémentés au sein des institutions. C'est ce que l'on peut voir dans l'histogramme ci-dessous où la distribution des résultats en termes d'importance est clairement centrée autour de valeurs plus élevées que lorsque l'on s'intéresse à la mise en œuvre.

Figure 4 - Evaluation des critères



On peut donc conclure que si les résultats de la première question indiquent une adhésion possible aux thématiques couvertes par l'accréditation, et donc probablement à la démarche également, les résultats de la deuxième question mettent en avant la nécessité de travailler sur la mise en œuvre de ces problématiques, et donc l'intérêt qu'une démarche de type accréditation peut avoir pour nos hôpitaux. Par ailleurs, il n'y a pas de corrélation claire entre le résultat en termes d'importance et le résultat au niveau de la mise en œuvre. C'est ce que l'on peut voir dans le graphique ci-dessous où, même si une légère tendance positive entre les deux aspects est visible, on ne peut en tirer une règle générale. Parmi les critères qui sont évalués comme importants, certains sont implémentés et d'autres non. La même observation est vraie pour les critères auxquels les directions attachent moins d'importance.

Figure 5 - Correspondance Importance-Implémentation pour chaque critère



Si on se concentre sur les dix critères évalués comme étant les plus importants par les répondants, on observe qu'ils ne sont pas pour autant les plus implémentés. En effet, si la prise en charge des urgences vitales, la gestion budgétaire, la maîtrise du risque infectieux et le respect de la confidentialité des informations relatives au patient se retrouvent dans les deux top 10, il n'en va pas de même pour, par exemple, la définition des valeurs, missions et stratégie de l'établissement et la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui, bien qu'ils dépassent les 90% en terme d'importance, n'atteignent que 50% au niveau de l'implémentation. Il en va de même pour l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, critère de base dans tous les référentiels et important à la vue des résultats (93%), mais qui n'est implémenté qu'à hauteur de 51%.

TABLEAU 2 - TOP 10 DES CRITÈRES PERÇUS COMME LES PLUS IMPORTANTS

Items	Importance	Implémentation
Définition des valeurs, missions et stratégie de l'établissement	95%	50%
Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	94%	82%
Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	93%	51%
Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	93%	50%
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	93%	61%
Gestion du dossier du patient	93%	54%
Maîtrise du risque infectieux	92%	63%
Développement d'une culture axée sur la qualité et la sécurité	89%	42%
Gestion budgétaire	88%	69%
Prise en charge de la douleur	88%	56%

TABLEAU 3 - TOP 10 DES CRITÈRES PERÇUS COMME LES MIEUX IMPLÉMENTÉS

Items	Importance	Implémentation
Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	94%	82%
Intégration des nouveaux arrivants	81%	70%
Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale	82%	69%
Gestion budgétaire	88%	69%
Système de gestion des plaintes et réclamations	80%	68%
Hygiène des locaux	76%	65%
Maîtrise du risque infectieux	92%	63%
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	93%	61%
Bon usage des antibiotiques	88%	60%
Santé et sécurité au travail	81%	60%

Un autre fait marquant de ce classement est que certains critères se placent « mal » dans les deux classements, alors même qu'ils font partie intégrante des référentiels et qu'ils sont souvent à la base du processus d'accréditation. C'est notamment le cas pour la gestion documentaire, élément certes technique mais indispensable à soutenir un processus d'amélioration continue, ainsi que l'implication des usagers, demandée dans tous les référentiels et mis particulièrement en avant dans les référentiels nord-américain.

TABLEAU 4 - CLASSEMENT DE LA GESTION DOCUMENTAIRE ET DE L'IMPLICATION DES ACTEURS

Items	Importance	Implémentation
Gestion documentaire	68%	24%
Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	67%	18%

Enfin, il est intéressant de remarquer que le top 10 établi par les répondants ne reprend pas tous les critères considérés comme fondamentaux dans les deux référentiels proposant des axes prioritaires, à savoir la France avec les Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) et le Canada avec les Pratiques Organisationnelles Requises (POR). Par exemple, la gestion des médicaments et l'organisation du Bloc Opératoire se retrouvent respectivement à la 20^{ème} et à la 26^{ème} place dans le classement relatif à l'importance. De même la gestion des événements indésirables n'atteint que la 35^{ème} place.

TABLEAU 5 - PERCEPTION POUR LES MÉDICAMENTS, LE BLOC OP ET LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Items	Importance	Implémentation
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	85%	41%
Organisation du bloc opératoire	83%	44%
Gestion des événements indésirables	81%	53%

Disposant d'une ventilation des résultats par profil, nous avons également analysé si des différences existent au niveau de l'importance accordée à chaque critère selon la fonction. Nous avons concentré notre comparaison sur les trois profils ayant le plus répondu à l'enquête, à savoir la direction générale, la direction médicale et la direction du département infirmier. En comparant le top 10 de chaque profil, on observe qu'un seul critère est repris chaque fois (en jaune dans le tableau ci-dessous), à savoir le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Cela semble donc indiquer que si les critères présents dans les référentiels sont considérés comme importants par le monde hospitalier, chaque fonction a sa propre vision des choses.

TABLEAU 6 - TOP 10 DES CRITÈRES PERÇUS COMME LES PLUS IMPORTANTS PAR PROFIL

Directions générales	Directions médicales	Directions infirmières
Définition des valeurs, missions et stratégie de l'établissement	Gestion du dossier du patient	Maitrise du risque infectieux
Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	Prise en charge de la douleur
Développement d'une culture axée sur la qualité et la sécurité	Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement
Direction et encadrement des services	Définition des valeurs, missions et stratégie de l'établissement	Santé et sécurité au travail
Sortie du patient	Système d'information	Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale
Système d'information	Indentification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Maitrise du risque infectieux	Prise en charge des urgences et des soins non programmés	Respect de la confidentialité des informations relatives au patient
Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	Information du patient sur son état de santé et les soins proposés
Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Gestion du dossier du patient
Consentement et participation du patient	Santé et sécurité au travail	Indentification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Les directions générales et médicales se rejoignent (en vert) sur les missions, valeurs et stratégie, ainsi que sur le système d'information. Les directions générales et infirmières se retrouvent (en mauve), quant à elles, sur les aspects de politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, de maîtrise du risque infectieux, et de l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés. Enfin, les directions médicales et infirmières s'accordent (en bleu) sur la gestion du dossier du patient, l'identification du patient, la prise en charge des urgences vitales, et la santé et la sécurité au travail.

Les directions médicales sont les seules à pointer la prise en charge des urgences et des soins non programmés, le management de la prise en charge médicamenteuse du patient ainsi que le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans leur top 10. Pour les directions du département infirmier, on retrouve la prise en charge de la douleur et la démarche qualité en laboratoire de biologie médicale. Enfin, les directions générales ont, quant à elles, mis en avant 4 critères spécifiques, à savoir le développement d'une culture qualité/sécurité, la direction et l'encadrement des services, la sortie du patient, et le consentement et la participation du patient.

1.5. Conclusions

Cette première confrontation du terrain avec la logique des démarches d'accréditation, et en particulier les référentiels via une enquête en ligne, a permis de mettre une série d'éléments en avant. D'abord, les critères repris dans les référentiels semblent correspondre à des thématiques considérées comme importantes par les directions, ce qui signifie qu'une telle démarche pourrait être envisageable. Néanmoins, nous avons vu que l'ordre de priorité des critères varie d'un profil de fonction à l'autre, et que, de manière agrégé, il ne correspond pas forcément à l'ordre de priorité établi par certains référentiels. Par ailleurs, nous avons également vu que si tous les critères apparaissaient comme importants, peu étaient réellement mis en œuvre. Si une telle démarche est envisageable, elle est donc également, voire surtout, nécessaire afin d'aligner le niveau de mise en œuvre des différents aspects sur l'importance qui leur est accordée. Bien évidemment, la question relative à l'implémentation est purement subjective. La partie suivante sera précisément consacrée à tenter de mesurer plus objectivement le niveau de mise en œuvre de certains critères présents dans les référentiels.

2. EXERCICE D'ACCREDITATION

2.1. Introduction

Dans la partie précédente, une première confrontation entre les référentiels d'accréditation et le terrain a été présentée. Celle-ci a permis de mettre en avant l'adéquation entre les exigences des référentiels et l'importance perçue par le terrain des thématiques couvertes par ceux-ci. Nous avons également souligné l'écart existant entre l'importance des critères et leur mise en œuvre ressentie, ce qui nous a amené à conclure que l'accréditation peut avoir un impact positif sur nos institutions. La mesure précédente étant purement subjective, il nous semble utile de la compléter par une analyse plus objective de la situation, en particulier au niveau de la mise en œuvre d'un nombre restreint de critères dans quelques institutions volontaires.

2.2. Objectif

Dans cette partie, notre objectif est de compléter les résultats mis en avant dans la partie précédente en réalisant un exercice d'accréditation au sein de plusieurs institutions volontaires. Cela nous permettra alors de proposer des résultats et des analyses plus complètes et plus objectives, notamment en ce qui concerne la situation actuelle de certains de nos hôpitaux par rapport à l'accréditation. Au final, nous aurons alors une idée plus précise de la distance qu'il reste à parcourir pour nos hôpitaux pour les critères évalués, et de la préparation nécessaire.

2.3. Méthodologie

Cet exercice d'accréditation a été réalisé par l'équipe santhea-QUASAR en collaboration avec un groupe d'étudiants de la *Solvay Brussels School of Economics and Management*⁴⁵. Le développement de la méthodologie résulte d'un travail en commun, alors que les visites sur le terrain et le traitement des données récoltées ont été effectués par les étudiants. L'organisation des visites et l'encadrement de celles-ci ont été organisés par santhea, avec évidemment l'appui des hôpitaux concernés. Quatre institutions se sont portées volontaires pour participer à cet exercice. Parmi celles-ci, trois sont situées en Wallonie et une à Bruxelles. Il s'agit à chaque fois d'hôpitaux généraux.

Chaque visite a duré une journée. Étant donné la contrainte de temps, et le fait que les visiteurs n'étaient ni des experts de l'accréditation, ni des experts des soins de santé, il a été décidé de limiter

⁴⁵ Guilbert Léna, Jadoul Christophe, Meeus Alexis et Guillaume Wissocq, *Séminaire d'économie d'entreprise : management public*, Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, 2013

l'évaluation à cinq critères. Nous avons décidé de sélectionner ceux-ci au sein des Pratiques Organisationnelles Requises (POR) présentes dans le référentiel d'Accréditation Canada International et qui sont « des pratiques fondées sur des données probantes qui réduisent les risques et contribuent à améliorer la qualité et la sécurité des services de santé. Ce sont des pratiques qui ont été déterminées comme essentielles et qui doivent être en place dans l'organisme pour améliorer la sécurité des patients et minimiser les risques ». Ces POR doivent être respectées par l'ensemble du personnel intervenant auprès des patients y compris les fonctions de support. Les critères sélectionnés parmi les POR l'ont été sur base de la possibilité pour un groupe de non-experts et ne disposant que d'une journée de les observer et de les évaluer. Les critères retenus sont les suivants : Deux identificateurs de patient, Liste de contrôle d'une chirurgie sécurisée, Transfert d'information, Sécurité des patients : formation et perfectionnement, et Vérification de l'hygiène des mains. Il est important de noter que ces cinq critères se retrouvent également dans les Pratiques Exigibles Prioritaires françaises, ainsi que, pour quatre d'entre eux, dans les IPSG de la JCI.

L'évaluation a été réalisée sur base d'une grille standardisée remplie par les visiteurs. Pour chacun de ces cinq POR, trois niveaux d'analyse sont pris en compte : la théorie, la connaissance du personnel et l'application pratique dans les gestes de tous les jours. Ceci a été réalisé en prenant connaissance des documents officiels (procédures) existant dans l'institution, en interrogeant le personnel soignant sur les principes de qualité et enfin en observant si ceux-ci sont respectés lors de la prise en charge d'un patient.

Au niveau de la documentation (niveau théorique), l'existence et la standardisation des divers documents liés aux cinq POR retenus ont été investigués. En pratique, la présence des sous-critères de chaque POR dans les documents officiels des institutions a été évaluée. En fonction du contenu des documents et des discussions avec la direction, une note de 1 ou 0 a été attribuée à chaque sous-critère selon sa présence ou non.

Au niveau de la connaissance, différents membres d'un même service ont été interrogés via des questions ouvertes sur les principes de qualité régissant les pratiques analysées. En divisant le nombre d'occurrences positives par le nombre d'observations totales, nous aurons une idée de la connaissance du personnel pour chaque sous-critère (en pourcentage).

Enfin, en ce qui concerne le niveau pratique, il a été réalisé en observant les comportements du personnel sans interférer dans sa pratique. Pour que l'analyse soit la plus objective possible, les visiteurs disposaient d'une grille à remplir chaque fois que quelque chose de signifiant était observé.

Dans chaque service visité a été noté le nombre de fois que chaque sous critère est respecté, partiellement respecté, ou non respecté. Ces résultats ont été divisés par le nombre d'observations totales afin de les exprimer en pourcentage.

En complément, une évaluation de la communication de l'hôpital a également été effectuée. Celle-ci se concentre sur la connaissance du personnel quant à l'existence ou non des différentes procédures écrites et publiées par l'institution, et sur l'accessibilité et l'utilisation de procédures. Ce point n'est cependant pas repris dans le calcul du score de la maturité globale.

A partir des notes données à chaque sous-critère, une moyenne relative à chaque POR a été calculée. Cette moyenne reflète le niveau de conformité moyen de l'hôpital pour chaque niveau d'analyse. En agrégeant les résultats des POR retenus, il sera possible d'avoir une première idée de la maturité globale de l'établissement pour chaque niveau d'analyse. Il a été décidé que tous les sous-critères et POR avaient le même poids dans le calcul des différentes moyennes.

Au cours de leur journée dans chaque institution, les visiteurs ont suivi plusieurs patients en hôpital de jour afin d'observer (ou non) l'application de quatre des cinq critères (la formation continue n'étant pas observable), ont rencontré les équipes qualité pour évaluer l'existence de procédures, et ont visité plusieurs autres services (quatre en moyenne) afin de rencontrer le personnel et les interroger.

Afin de faciliter la lisibilité des résultats, ceux-ci ont été, à l'image de ce qui avait été fait dans la partie précédente, exprimés en pourcentage, et sont donc à interpréter comme le pourcentage d'existence de documents, le pourcentage de connaissances des principes de qualité et le pourcentage d'application des principes.

Les résultats présentés ci-dessous doivent évidemment être interprétés avec prudence. L'exercice réalisé est en effet soumis à plusieurs limitations. D'abord, l'exercice se base sur une méthodologie développée pour l'occasion et qui peut sans aucun doute être améliorée. En particulier, le temps limité octroyé pour les visites et les petits échantillons apparaissent comme des faiblesses. Ensuite, les visites ont été effectuées par des personnes extérieures au monde de la santé, et donc forcément non-expertes dans le domaine de l'accréditation. Outre la méconnaissance de certains aspects et spécificités du secteur, elles n'ont pu bénéficier que d'un accès limité à l'hôpital, ce qui a pu biaiser en partie les résultats. Troisièmement, bien que nous avons voulu réaliser cet exercice avec la plus grande objectivité possible, via notamment la constitution de grilles d'analyse préalablement aux

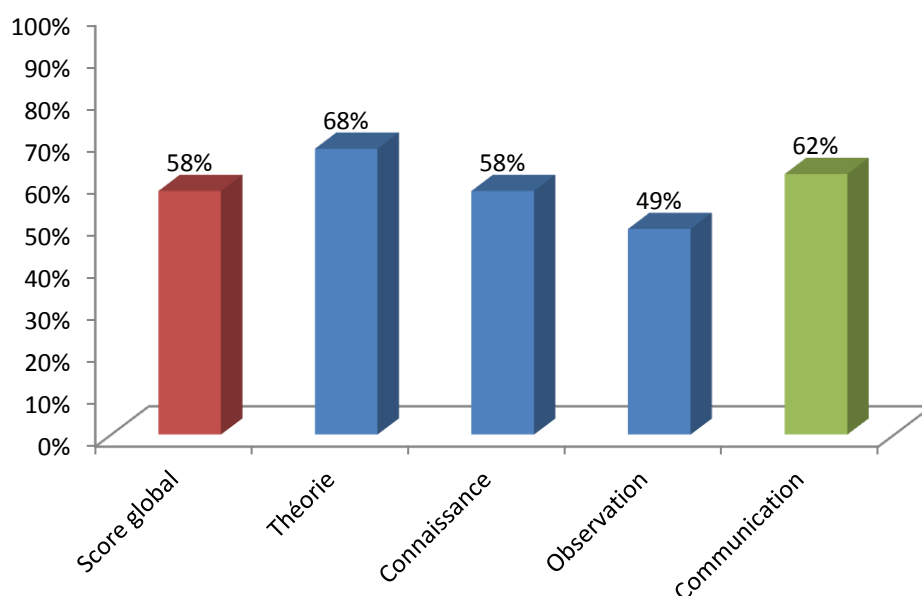
visites, le facteur humain et non-expert des visiteurs ne peut être nié. Enfin, cet exercice a été construit sur base du référentiel Canadien. Il faut évidemment garder en tête que ce référentiel n'est pas applicable tel quel à notre système, et que dès lors certaines de ses exigences ne peuvent être rencontrées.

Néanmoins, cet exercice a permis de mettre en avant un certain nombre de résultats intéressants qui sont détaillés ci-dessous.

2.4. Résultats et Analyses

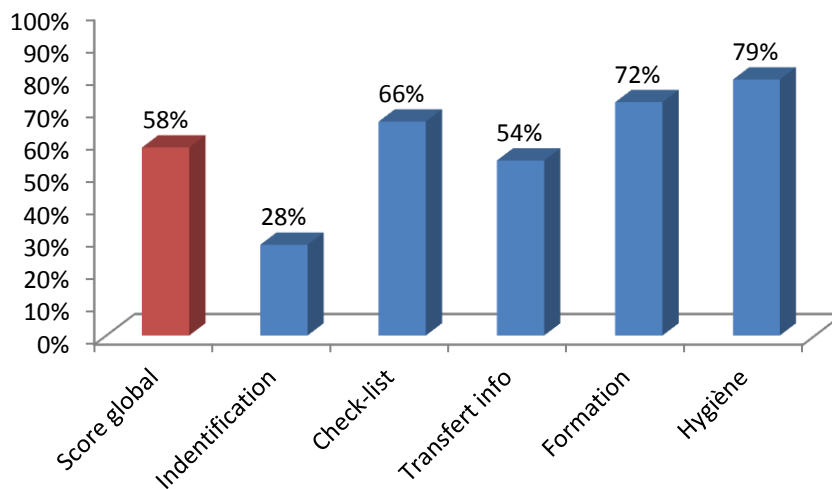
En agrégeant l'ensemble des résultats, on obtient un score global de 58%, qui peut se décomposer en fonction des différents niveaux d'analyse. C'est ce que l'on voit dans le graphique ci-dessous.

Figure 6 - Résultats par niveau d'analyse



Il semble donc que le niveau de nos hôpitaux ne soit pas aussi faible que ce que certains pensent. En particulier, on observe que le niveau théorique est relativement bon, signe que les hôpitaux ont pris conscience de l'importance de l'existence de procédures. C'est au niveau de l'observation que le score est le plus faible, puisqu'en moyenne, les différents critères observés ne sont rencontrés qu'une fois sur deux. Le score relatif à la communication indique, quant à lui, que si les hôpitaux ont mis en place des procédures, ils font également des efforts pour les communiquer vers le personnel.

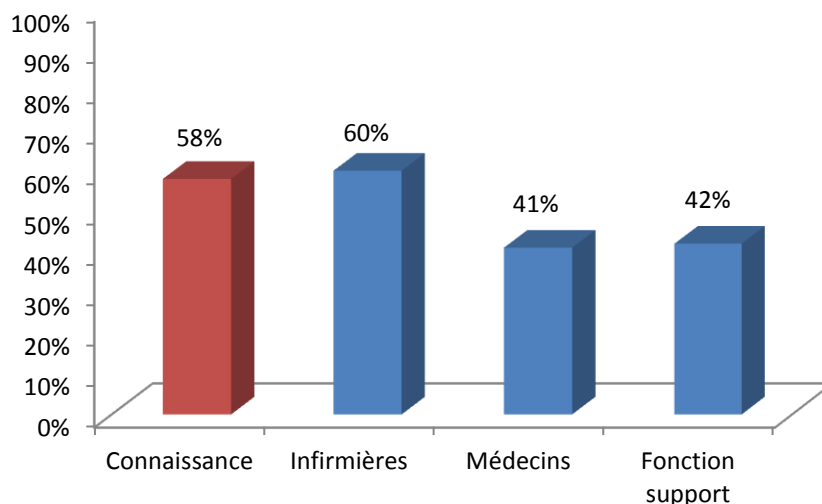
Figure 7 - Résultats par POR



En décomposant le résultat global par POR, on observe que c'est l'hygiène des mains qui obtient le meilleur résultat. Les campagnes successives du SPF-SP en la matière ont donc clairement eu un impact sur les hôpitaux.

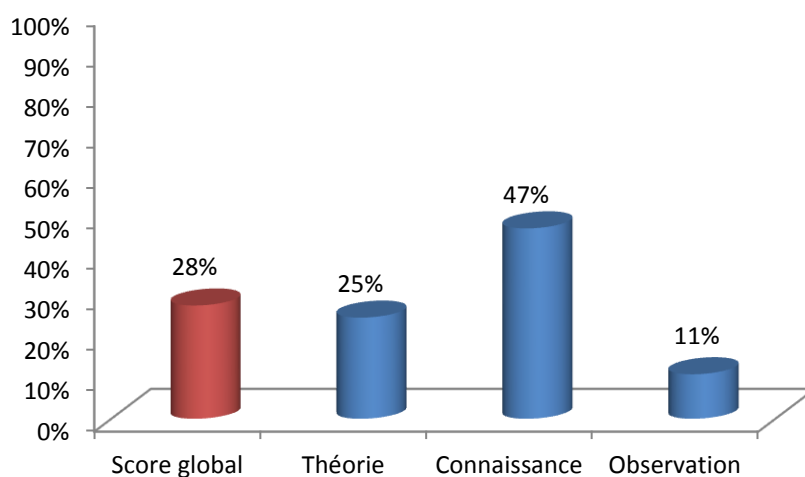
Viennent ensuite la formation qualité/sécurité, l'utilisation de la Check List au Bloc Opératoire et le transfert d'informations. L'existence du plan pluriannuel du SPF et la publication par l'OMS d'une check list « type » expliquent sans doute en grande partie les deux premiers éléments. Sur le dernier échelon se trouve l'identification du patient, dont le score n'est que de 28%.

Figure 8 - Résultats pour le niveau Connaissance par fonction



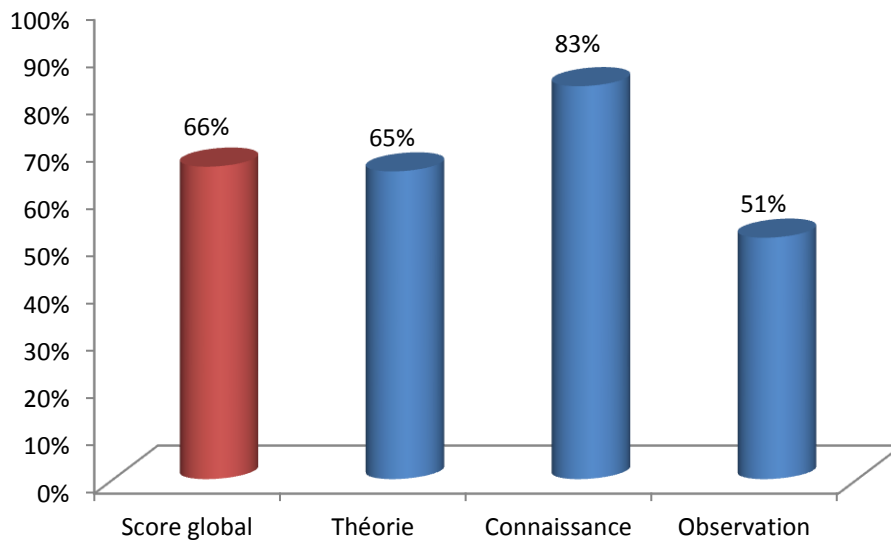
En décomposant le score relatif au niveau « connaissance » (seul niveau où les différentes fonctions sont présentes) sur base des profils, on observe que c'est le corps soignant qui réalise le meilleur score, le corps médical et les fonctions supports sont presque à égalité avec un résultat d'environ 40%. La position des infirmières est peu surprenante. Il s'agit en effet du personnel qui est le plus sensibilisé à ces problématiques lors de sa formation.

Figure 9 - Identification du patient



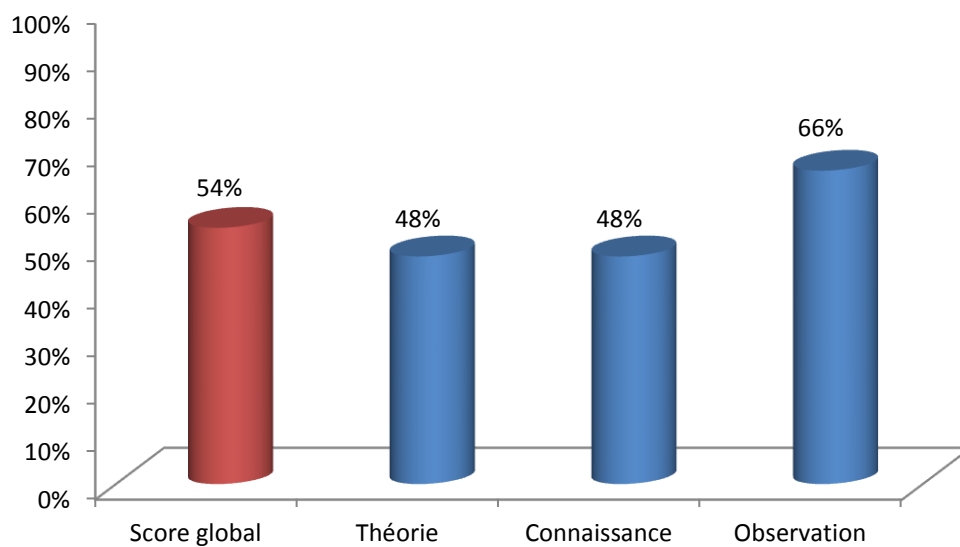
Après ces résultats globaux, il est intéressant d'approfondir un peu l'analyse en regardant ce qu'il se passe au niveau de chaque POR. La décomposition par niveau du POR relatif à l'identification des patients confirme les résultats globaux : le score est plutôt négatif, et ce quel que soit le niveau d'analyse considéré, même si les critères semblent connus du personnel en moyenne 1 fois sur deux. En fait, c'est principalement un manque de précision dans les réponses apportées aux questions qui explique ce résultat. Il est interpellant de voir que l'observation des critères relatifs à ce POR ne s'est révélée positive qu'une fois sur dix.

Figure 10 - Check-List



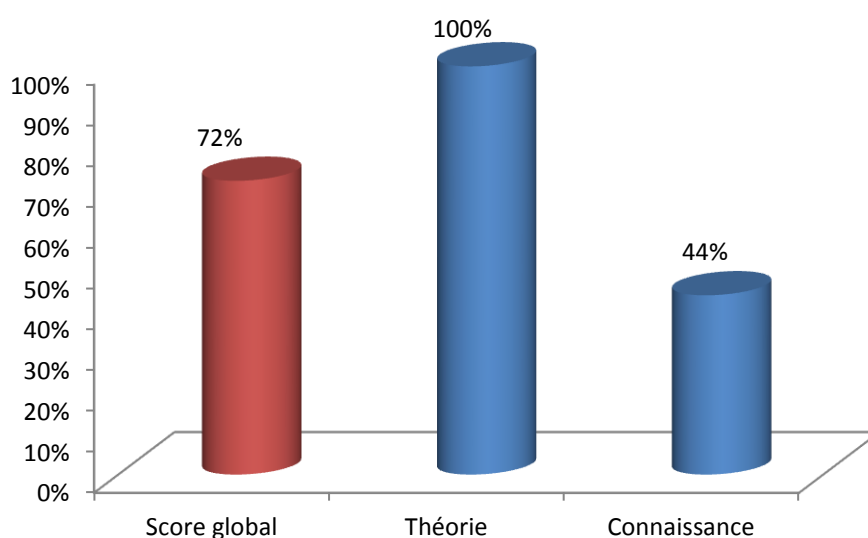
Au niveau de la check-list opératoire, c'est également en observation que le score est le plus faible, tout en étant nettement plus élevé que pour le critère précédent, avec une utilisation correcte et complète dans un cas sur deux. Par contre, on observe un très bon résultat au niveau de la connaissance, résultat probable d'une bonne communication sur le sujet.

Figure 11 - Transfert de l'information



Le transfert de l'information apparaît comme étant un peu particulier dans la mesure où malgré des scores moyens pour la théorie et la connaissance, la pratique semble être plus conforme aux exigences du référentiel, ce qui est évidemment rassurant du point de vue de la qualité et de la sécurité des soins. Pour la théorie, aucun hôpital ne dispose d'une procédure complète pour le transfert de l'information.

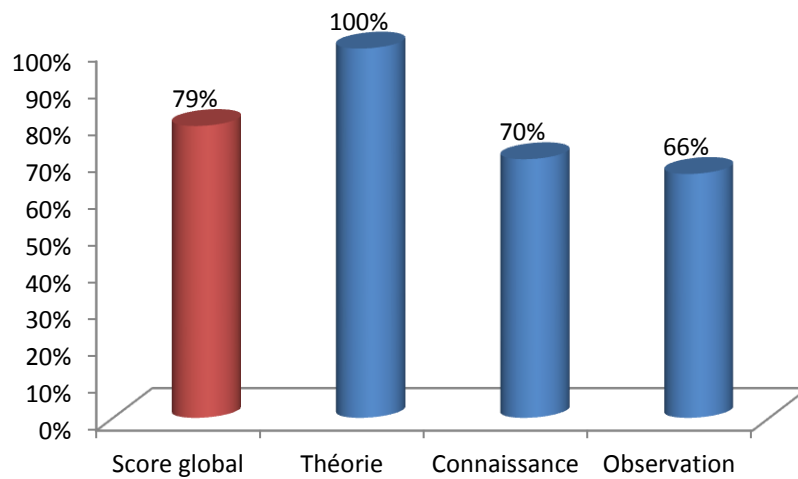
Figure 12 - Formation



En ce qui concerne l'item « Sécurité des Patients : Formation et Perfectionnement », le bon score global de 72% est atteint surtout grâce à un score maximum en théorie. En effet tous les hôpitaux proposent un planning détaillé des formations et obtiennent donc un score maximum pour cet aspect. En revanche, seulement 44% des personnes interrogées sont au courant de ce planning ou suivent une formation moins une fois par an.

Enfin, le POR atteignant le score global le plus élevé, à savoir vérification de l'hygiène des mains, est détaillé ci-dessous.

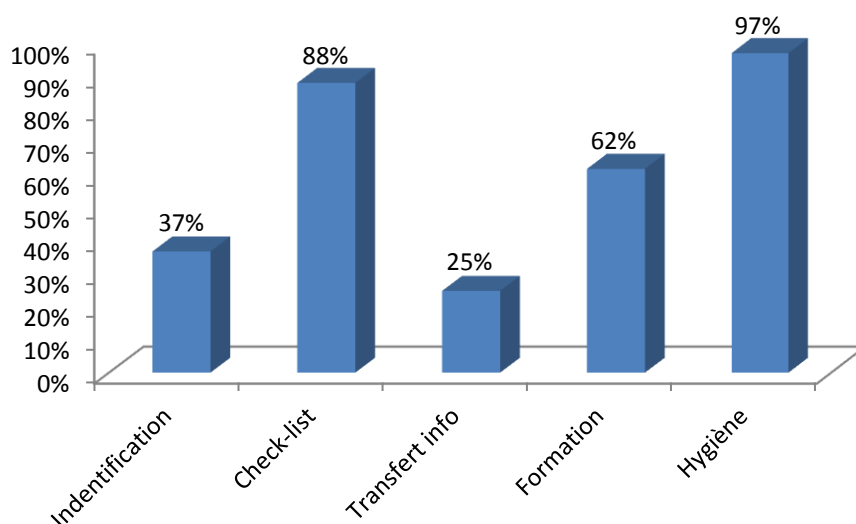
Figure 13 - Hygiène des mains



À nouveau, le score théorique est parfait. Par contre, le résultat en ce qui concerne l'observation est plus faible. Clairement, les campagnes du SPF jouent un rôle dans ce que l'on voit. Néanmoins, il faut souligner que lors des interviews, le personnel a avoué que l'attention apportée à l'hygiène de mains diminuait fortement lorsque les campagnes s'arrêtaient.

Au niveau de la communication pour les différents POR, on trouve des résultats très différents selon les cas.

Figure 14 - Communication par POR



On peut donc en conclure qu'un travail important a déjà été réalisé afin de permettre une bonne diffusion de l'information, mais que celui-ci n'est pas homogène sur l'ensemble des problématiques, et qu'il y a donc encore du travail avant de se lancer dans une démarche d'accréditation.

Il est intéressant de comparer les résultats obtenus dans le cadre de cet exercice avec les résultats obtenus lors de l'enquête en ligne au niveau de la mise en œuvre.

TABLEAU 7 - COMPARAISON DE L'ENQUÊTE AVEC L'EXERCICE

	Enquête	Exercice global	Observation
Identification du patient	51%	28%	11%
Check List	44%	66%	51%
Transfert de l'information	54%	54%	66%
Formation Q/S	42%	72%	NA
Hygiène des mains	63%	79%	66%

Si le POR relatif au transfert de l'information obtient un même score dans l'enquête et dans l'exercice, les autres obtiennent un score plus élevé dans l'exercice, à l'exception de l'identification du patient, qui a un score plus faible (voir très faible lorsque critère est mesuré sur le terrain).

2.5. Conclusions

L'objectif de cette deuxième confrontation de l'accréditation avec le terrain était d'objectiver, dans la mesure du possible, les impressions délivrées par les membres des directions ayant participé à l'enquête quant à la mise en œuvre d'une série de critères issus des référentiels d'accréditation.

On a vu que les résultats variaient d'un POR à l'autre. Si, par exemple, l'hygiène des mains obtient un bon score, la vérification de l'identité du patient est nettement plus faible, voire inquiétante si on se limite à l'observation. On a également observé que les résultats variaient en fonction des profils, le personnel infirmier étant clairement plus sensibilisé à ces problématiques.

La composition des résultats varient également fort d'un cas à l'autre. Si la documentation institutionnelle est satisfaisante pour la formation Q/S et l'hygiène des mains, c'est l'observation qui renforce le transfert de l'information et la connaissance du personnel qui améliore le résultat pour l'utilisation de la Check List. Seule l'identification du patient obtient des scores faibles pour les différents niveaux.

Cet exercice nous permet donc de dresser un bilan en demi-teinte. Certes, nos hôpitaux ne sont pas nulle part. Un certain nombre de documents existent, sont mis à disposition du personnel, qui connaît les procédures et les applique. Ce n'est malheureusement pas le cas dans tous les hôpitaux, dans tous les services et pour tous les critères. Les premières fondations ont bien été posées, mais il s'agit maintenant de continuer à travailler afin de généraliser ce qui se fait bien, et ainsi garantir une qualité et une sécurité des soins les meilleures aux patients. Dans ce cadre, le recours à l'accréditation peut clairement servir de vecteur. Néanmoins, nous avons bien souligné que, notamment, la diffusion des documents vers le personnel n'était pas toujours optimale. Or, il s'agit d'un élément de base de l'accréditation, sur lequel vient se greffer tout le reste. Il semble donc indispensable, avant toute chose, de s'assurer que nos hôpitaux bénéficient bien des prérequis nécessaires pour s'aventurer dans une telle démarche.

CHAPITRE V – L’ACCRÉDITATION, UNE DYNAMIQUE EN ÉVOLUTION : AVIS DES DÉBUTANTS, DES COMPÉTENTS ET DES EXPERTS

1. INTRODUCTION

L’accréditation est à la porte de nos hôpitaux, comment l’appréhender, comment se préparer ?

Notre première démarche a été de faire une synthèse de la littérature pour relever les recommandations et les diffuser auprès des hôpitaux francophones sous forme de « Reader digest ». A cet effet, des documents spécifiques ont été analysés et synthétisés^{46,47,48}. Il en ressort des recommandations tout à fait pertinentes.

Cependant, nous avons trouvé que poursuivre dans cette direction allait se limiter à un guide de bonnes intentions se limitant à une appropriation sans doute partielle des utilisateurs. Nous n’avons pas voulu prendre ce risque même si nous tenons compte de ces recommandations au cours de ce travail. Demander l’avis aux personnes impliquées de près ou de moins près dans l’accréditation, nous a paru de loin plus judicieux. Les références relatives à la revue de la littérature peuvent être consultées par les personnes intéressées.

Ce chapitre a pour but de faire partager aux hôpitaux francophones les avis de ces personnes. Elles ont partagé avec bienveillance et authenticité leur vécu, leurs expériences et leur savoir-faire dans le domaine de l’accréditation. Plus de septante personnes ont été impliquées dans cette démarche.

Pour restituer leurs opinions et positions selon une structure, nous nous sommes inspirés du modèle de Dreyfus, S. et Dreyfus, H. (1980) pour les classer en 3 catégories : les débutants, les compétents et les experts.⁴⁹

⁴⁶ Shaw, C. Toolkit for accreditation programs. ISQua. 2004.

⁴⁷ JCI. Getting started. Oakbrook Terrace, 2010.

⁴⁸ Bruchacova, Z. Implementation guidelines for effective management of hospital accreditation. Health Management. Bratislava, 2001 ; 102 (3) :153-158.

⁴⁹ En 1980, Stuart Dreyfus, mathématicien et analyste des systèmes, et Hubert Dreyfus, philosophe, ont mis au point à l’université de Berkeley un modèle d’acquisition des compétences fondé sur l’étude des joueurs d’échecs et des pilotes d’avions. Dans l’acquisition et le développement d’une compétence, la personne passe par 5 stades successifs : Novice, Débutant, Compétent, Performant, Expert. (référence : <http://fr.scribd.com/doc/11560239/Le-Modele-d-acquisition-de-Competences-de-Dreyfus>). Dernière consultation 3 juillet 2013.

Nous avons considéré comme **débutants**, les personnes ayant un poste de coordinateur qualité et/ou impliquées dans le domaine de la qualité et sécurité mais n'ayant pas encore vécu l'expérience d'accréditation en tant que telle dans leur institution. Nous avons dénommé **comme compétents**, les personnes qui préparent dès à présent leur institution à l'accréditation sans avoir pour autant signé un contrat avec un organisme d'accréditation et celles qui se sont lancées récemment dans l'accréditation. Enfin, nous avons classé dans **les experts**, les personnes ayant vécu plusieurs accréditations.

Ce chapitre présente les avis de ces personnes selon la classification mentionnée et selon une méthodologie spécifique à chaque groupe.

2. PREMIÈRE PARTIE : LES AVIS DES DÉBUTANTS

2.1. Introduction

Comme nous l'avons signalé plus haut, nous avons considéré comme **débutants**, les personnes ayant un poste de coordinateur qualité et/ou impliquées dans le domaine de la qualité et sécurité mais n'ayant pas encore vécu l'expérience d'accréditation en tant que telle dans leur institution.

Ces **débutants** ont été approchés par trois démarches différentes développées ci-dessous.

2.2. Démarche 1 : L'accréditation : des rêves aux peurs (CIMQES)

2.2.1. Introduction

Le 20 février 2013, les Ecoles de Santé Publique de l'ULB et de l'UCL ont organisé un séminaire de 4 heures consacré à l'accréditation des établissements hospitaliers dans le cadre du Certificat Interuniversitaire de Management de la Qualité dans les Etablissements de Soins (CIMQES).

Cela a été l'occasion d'explorer le ressenti par rapport à l'accréditation d'un groupe de professionnels belges francophones investis dans les démarches d'amélioration de la qualité.

2.2.2. Objectif

L'accréditation est susceptible de faire naître dans l'esprit des personnels hospitaliers des attentes, des espoirs et des craintes.

L'objectif de l'animation est de connaître le premier concept qui vient à l'esprit des répondants lorsqu'on évoque ces différents aspects de l'accréditation.

2.2.3. Méthode

Un jeu-cadre a été développé dans l'esprit de Sivasailam Thiagarajan (Thiagi)⁵⁰ (voir encadré).

L'animateur demande aux répondants de noter sur une feuille de papier le premier mot ou expression qui leur vient à l'esprit à l'énoncé des questions suivantes :

- « Si je vous dis « accréditation », à quoi pensez-vous ? »
 - Le participant est ensuite invité à remettre son papier à un organisateur qui circule dans la salle.
- « Dans ce mot « accréditation », qu'est-ce qui vous fait rêver ? »
 - Le participant est ensuite invité à plier son papier pour le transformer en avion, et à le lancer devant lui. Les papiers sont ensuite ramassés par les organisateurs et les réponses des participants comptabilisées.
- « Dans ce mot « accréditation », qu'est-ce qui vous fait peur ? »
 - Le participant est ensuite invité à chiffonner son papier en boule et à le jeter par-dessus son épaule. Les papiers sont ensuite ramassés par les organisateurs et les réponses des participants comptabilisées.

Les résultats de l'animation sont restitués aux participants à la fin de l'exercice.

⁵⁰ <http://www.thiagi.eu> , dernière consultation le 09/09/2013.

Sivasailam Thiagarajan, alias Thiagi

Sivasailam Thiagarajan – alias Thiagi – est indien, et vit aux Etats-Unis. Maître incontesté des jeux pour l'entreprise et l'enseignement, il a particulièrement développé le concept de « jeu-cadre » et continue à concevoir de nombreux jeux dans tous les champs de la formation et de l'enseignement. Il s'agit, par des activités ludiques et interactives, de créer l'implication, l'engagement et l'apprentissage en concevant très rapidement des jeux de qualité adaptés aux objectifs pédagogiques, pour un coût très faible.



2.2.4. Résultats et analyse

« Si je vous dis « accréditation », à quoi pensez-vous ? »

- Certaines réponses sont très proches, sans être identiques. Nous les avons rassemblées dans le tableau ci-dessous et trouvons finalement 8 concepts évoqués par plus d'un participant. Leur fréquence est illustrée par la figure 15.
- Le concept de qualité (8 occurrences), celui de normes (5 occurrences) et de référentiel (4 occurrences) se détachent.
- Nous pouvons noter que les participants évoquent **une image positive ou neutre de l'accréditation en questionnant son sens. La qualité est le mot clé qui leur vient majoritairement à l'esprit.**

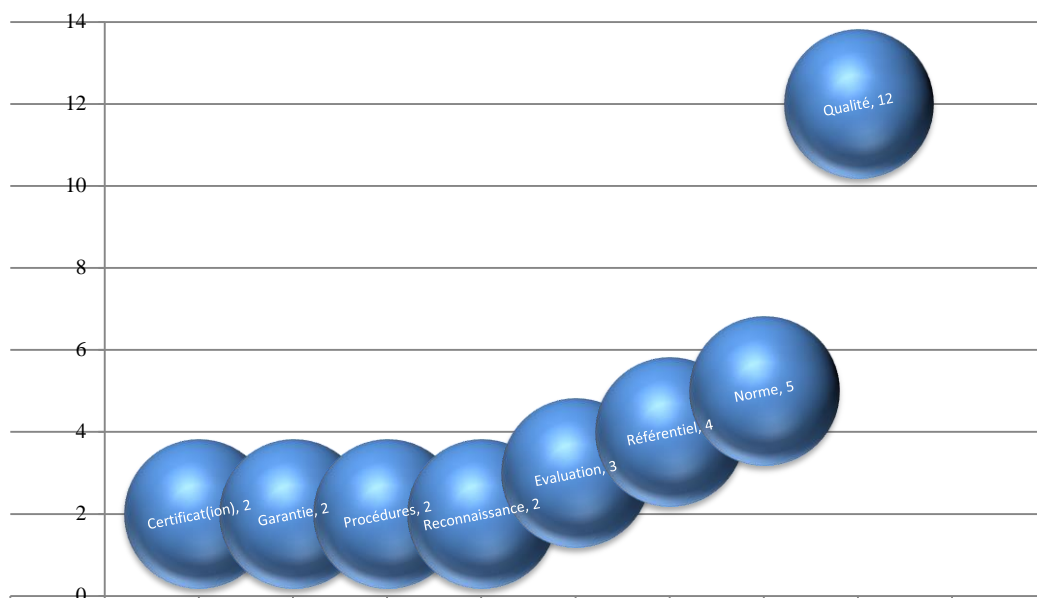
TABLEAU 8 - PREMIER MOT QUI VIENT À L'ESPRIT DES PARTICIPANTS QUAND LE TERME « ACCRÉDITATION » EST UTILISÉ

Premier mot ?	Nombre de citations	Regroupement par concept
Qualité	11	12
Référentiel	4	4
Norme	4	5
Evaluation	3	3
Reconnaissance	2	2
Certificat(ion)	2	2
Garantie	2	2
Procédures	2	2
Amélioration continue	1	1
L'affaire de tous	1	1
Cadre	1	1
Externe	1	1
Normes de qualité	1	normes +1
Qualité des soins	1	qualité +1
Conformité	1	1
Lourdeur	1	1
Label	1	1
Transparence des données	1	1
Autoévaluation	1	1
Rigueur	1	1
Outil	1	1
Sécurité patient	1	1
Circuit plein de difficultés	1	1
Peers	1	1
Total	46	

Figure 15 – « Si je vous dis « accréditation », à quoi pensez-vous ? »

Principaux concepts évoqués par les participants

Premier mot - nombre de citations (n=46)



« Dans ce mot « accréditation », qu'est-ce qui vous fait rêver ? »

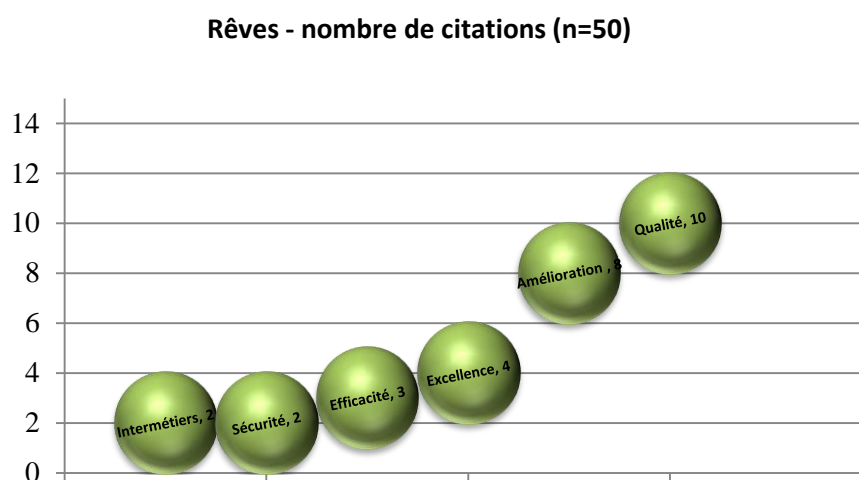
- Certaines réponses sont très proches, sans être identiques. Nous les avons rassemblées dans le tableau ci-dessous et trouvons finalement 6 concepts évoqués par plus d'un participant. Leur fréquence est illustrée par la figure 16.
- Le concept de qualité (10 occurrences), celui d'amélioration (8 occurrences) et d'excellence (4 occurrences) se détachent.
- Nous pouvons noter que de nombreux participants évoquent **l'amélioration de l'efficacité en lien avec la qualité, tendant même vers l'excellence.**

TABLEAU 9 - PREMIER MOT QUI VIEN À L'ESPRIT DES PARTICIPANTS LORSQU'ON LEUR DEMANDE CE QUI LES FAIT RÊVER QUAND LE TERME « ACCRÉDITATION » EST UTILISÉ

Rêves ?	Nombre de citations	Regroupement par concept
Qualité	7	10
Amélioration	8	8
Excellence	3	4
Efficacité	2	3
Interdisciplinarité effective (=intermétiers)	1	2
Sécurité	1	2
Accessibilité financière	1	1
Apprendre	1	1
Cohérence	1	1
Comparaison	1	1
Conformité et échange	1	1
Construction	1	1
Contrôle/Maîtrise	1	1
Correctement financée	1	1
Crédit (avoir du crédit), être crédible	1	1
Empowerment du patient	1	1
Energie	1	1
Evidence based	1	1
Harmonisation, équité des prises en charge	1	1
Indispensable?	1	1
Meilleure communication	1	1
Objectif commun	1	1
Ordre et Méthode	1	1
Rien	1	1
Tous ensemble	1	1
Tout baigne	1	1
Transparence	1	1
Efficience	1	efficacité +1
La perspective d'un monde hospitalier parfait	1	excellence +1
Pluridisciplinarité	1	interdisciplinarité +1
Bien soigner, par de bon soignants, dans un bon environnement	1	qualité +1
Label qualités pour une meilleure communication	2	qualité +2
Maîtrise des risques	1	sécurité +1
Total	50	

Figure 16 - « Dans ce mot « accréditation », qu'est-ce qui vous fait rêver ? »

Concepts évoqués par les participants



« Dans ce mot « accréditation », qu'est-ce qui vous fait peur ? »

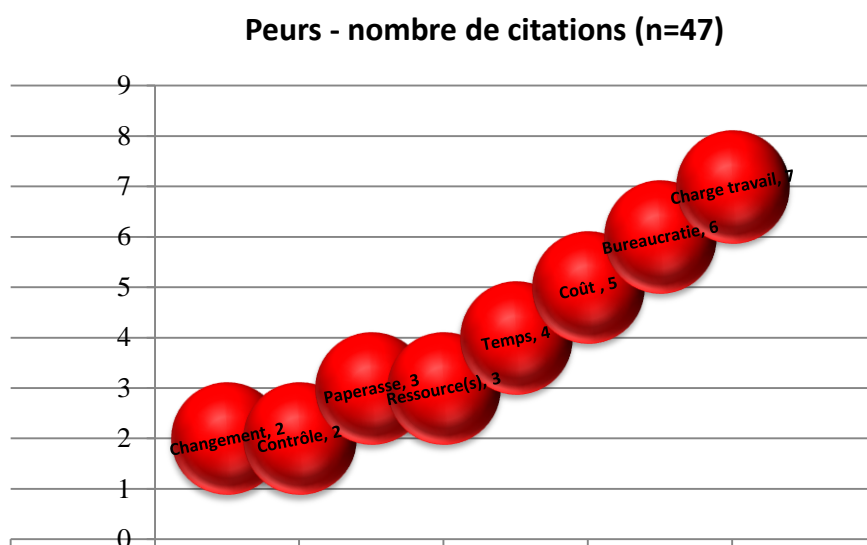
- Certaines réponses sont très proches, sans être identiques. Nous les avons rassemblées dans le tableau ci-dessous et trouvons finalement 6 concepts évoqués par plus d'un participant. Leur fréquence est illustrée par la figure 17.
- Le concept de charge de travail (7 occurrences), celui de bureaucratie (6 occurrences) et de coût (5 occurrences) se détachent.
- Nous pouvons noter que les participants **interrogent les ressources nécessaires pour l'accréditation et appréhendent qu'elle bouleverse leur quotidien. Ils se questionnent sur les aspects « bureaucratique » et « procédurier ».**

TABLEAU 10 - PREMIER MOT QUI VIENT À L'ESPRIT DES PARTICIPANTS LORSQU'ON LEUR DEMANDE CE QUI LEUR FAIT PEUR QUAND LE TERME « ACCRÉDITATION » EST UTILISÉ

Peurs ?	Nombre de citations	Regroupement par concept
Charge travail	5	7
Coût	4	5
Bureaucratie	3	6
Paperasse	3	3
Changement	2	2
Contrôle	2	2
Lourdeur administrative	2	Bureaucratie +2
Ressource(s)	2	3
Temps	2	4
Time consuming	2	temps +2
Absence de financement	1	coût +1
Avoir une belle façade mais creuse à l'intérieure	1	
Collecte des données	1	
Compétition malsaine	1	
Concurrence	1	
Culture-absence de culture	1	
Engagement	1	
Etre prêt	1	
Insécurité situation actuelle	1	
L'essoufflement, le scepticisme de la base	1	
Lourdeur de la procédure	1	charge de travail +1
Lourdeur de travail	1	charge de travail +1
L'usine à gaz	1	bureaucratie +1
Manque de temps et de personnes	1	ressources +1
Normatif	1	
Oublier le reste	1	
Résistance	1	
Rigidification	1	
Sanction	1	
Window dressing	1	
Total	47	

Figure 17 - « Dans ce mot « accréditation », qu'est-ce qui vous fait peur ? »

concepts évoqués par les participants



2.3. Démarche 2 : Groupes de travail « votre hôpital vous semble-t-il prêt à se lancer dans l'accréditation ? »

2.3.1. Introduction

Les participants au séminaire du 20 février 2013 ont approché les notions théoriques liées à l'accréditation, en lien avec les obligations réglementaires et les initiatives belges en matière d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé.

Ils ont entendu le vécu d'hôpitaux ayant réfléchi à l'accréditation, d'autres s'y étant frotté « pour l'exercice », ainsi que d'établissements qui ont décidé de se lancer ou se sont lancés dans une démarche d'accréditation.

Au travers de l'animation « L'accréditation, des rêves aux peurs », ils ont pu exprimer de façon ludique et spontanée leur ressenti. Une table ronde leur a ensuite permis d'entendre la parole des experts et de poser une série de questions. Les participants ont maintenant l'occasion de s'exprimer à nouveau au travers d'un travail de groupe.

2.3.2. Objectif

Les participants sont invités à se recentrer sur leur institution en particulier, et à se questionner par rapport aux notions abordées lors du séminaire en vue d'explorer trois dimensions :

- le positionnement de l'institution par rapport à l'accréditation ;
- les facteurs clés de succès pour l'accréditation présents dans l'environnement de l'institution ;
- le besoin d'informations préalables par rapport à l'accréditation.

2.3.3. Méthode

Nous avons utilisé cette fois l'entretien semi-directif de groupe.

Un questionnaire est distribué aux participants issus d'institutions hospitalières et sert de support à l'exercice. 20 participants prennent dès lors part à l'exercice.

3 questions leur ont été posées :

- A priori, la politique générale de votre institution vous paraît-elle contribuer au développement d'une culture d'accréditation ?
- D'après vous, quels sont les éléments qui contribuent dans votre institution à un environnement favorable ?
- Quelles questions vous poseriez-vous avant de vous lancer dans l'accréditation ?

Les organisateurs passent au sein de chaque groupe pour s'assurer de la bonne compréhension des questions, et répondre à d'éventuelles demandes de compléments d'information des participants.

Les participants sont invités à remplir le questionnaire individuellement, puis à se regrouper par groupes de 6 ou 7 et à choisir un facilitateur pour échanger leurs réponses.

Une synthèse est demandée à chacun des 3 groupes en vue de la partager en plénière.

Les questionnaires ont ensuite été récupérés et ont fait l'objet d'une analyse de contenu.

2.3.4. Résultats et analyse

« A priori, la politique générale de votre institution vous paraît-elle contribuer au développement d'une culture d'accréditation ? »

Globalement, les participants répondent plutôt « non » à cette question, ou « oui » avec des réserves.

Les facteurs positifs relevés par les participants sont principalement de trois ordres :

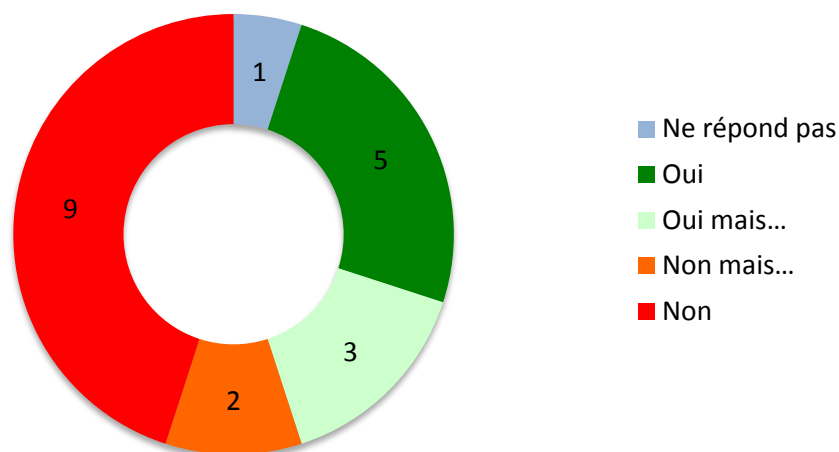
- le soutien de la direction générale (5 occurrences) ;
- l'existence d'une politique Qualité-Sécurité au sein de l'institution (3 occurrences) ;
- un niveau élevé de culture Qualité-Sécurité au sein de l'institution (2 occurrences).

Les facteurs négatifs relevés par les participants sont plus nombreux.

Citons spécifiquement :

- l'absence de l'accréditation dans le plan stratégique de l'institution (8 occurrences) ;
- le manque de transversalité dans l'institution (4 occurrences) ;
- l'absence de politique Qualité-Sécurité au sein de l'institution (4 occurrences) ;
- la non implication voire l'opposition de la Direction médicale et/ou des médecins (3 occurrences) ;
- l'insuffisance de la gestion documentaire (3 occurrences).

Figure 18 - A priori, la politique générale de votre institution vous paraît-elle contribuer au développement d'une culture d'accréditation ?



« D'après vous, quels sont les éléments qui contribuent dans votre institution à un environnement favorable ? »

Les participants relèvent les éléments suivants :

- une Direction générale soutenant et impliquée dans la politique Qualité-Sécurité (10 occurrences)
- l'existence de démarches d'amélioration de la Qualité en cours (9 occurrences)
- l'accréditation/certification partielle de l'institution : laboratoire, radiothérapie ... (7 occurrences)
- l'existence et la participation au plan pluriannuel du SPF (5 occurrences) ;
- une démarche ou une volonté d'actualiser les pratiques professionnelles (4 occurrences).

« Quelles questions vous poseriez-vous avant de vous lancer dans l'accréditation ? »

Les participants se questionnent principalement sur l'adéquation entre les ressources à mobiliser pour l'accréditation et les ressources disponibles (16 occurrences).

Ils s'interrogent également à propos de :

- la motivation des acteurs : quelle est-elle et comment l'augmenter (8 occurrences) ?
- quel organisme d'accréditation – quel référentiel – choisir (7 occurrences) ?
- du soutien actif de l'encadrement et de la direction (5 occurrences).

2.4. Démarche 3 : Focus group santhea : « quelles recommandations formuler aux directions des hôpitaux pour créer un environnement favorable à l'accréditation ? »

2.4.1. Introduction

Dès le mois de janvier 2012, santhea a initié une réflexion de fond sur l'accréditation en mettant sur pied un groupe de travail consacré à cette problématique. Ce groupe est non seulement composé de coordinateurs qualité/ sécurité, mais également de gestionnaires de projets et de directions médicales et infirmières. Tous les membres de ce groupe pluridisciplinaire, que ce soit en termes de formation ou de fonction, sont impliqués en première ligne dans les programmes qualité et sécurité. Certains ont une expertise de longue date et la plupart sont les chevilles ouvrières du contrat qualité et sécurité avec le SPF Santé publique, ayant débuté en 2008.

Tous intéressés et impliqués dans la future démarche d'accréditation, ils nous ont paru d'excellents messagers pour donner leurs avis aux directions sur le « comment préparer leur institution à l'accréditation ? » Une réunion programmée le mardi 11 juin 2013 au bureau santhea de Namur a permis de les rencontrer sous forme de focus group.

2.4.2. Objectif

Cette réunion a eu pour but de récolter les recommandations émises par le groupe de travail accréditation de santhea adressées aux directions d'hôpitaux pour créer un environnement favorable à la venue de l'accréditation.

2.4.3. Méthodologie

Membres du focus group

Les membres de ce groupe étaient au nombre de treize, représentant **14 institutions hospitalières** :

Guy Clynckemaillie – CHwapi, Jean-François Dasnoy – CHU Tivoli, Patricia Di Giandomenico – VIVALIA, Dr. Michelle Dusart – CHR de la Citadelle, Patrick Figue – CHUPMB, Christian Franckart – CH Peltzer-La-Tourelle, Jacques Labalue – CHR de la Citadelle, Joëlle Leemans – CHU Tivoli, Dr Chantal Lermينياux – HUDERF, Jean Tomas – CHR Huy, Dr Anne-Dominique Petit – CHR Haute-Senne, Olivier Vandenplas – Les Marronniers, Dr Dominique Voituron – Les Marronniers

Ont fait partie également de cette récolte d'avis, **trois membres de santhea** : Dr Jean Bury, Amélie Goossens et Denis Herbaux. S'ajoutaient de plus **les deux animatrices**, Dominique Gainvorste et Agnès Jacquerye.

Durée de la réunion : 2 heures

Méthode de recueil des avis : le diagramme des affinités

Le diagramme des affinités est une méthode créative qui permet d'analyser des informations obtenues par remue-méninges, discussions, sondages. Il nous a paru la méthode la plus adéquate car il aide à répondre à la question suivante : qu'est-ce qui nous préoccupe et ce, dans un délai très court ?⁵¹

Le focus group a été invité à répondre à la question suivante : « **quelles recommandations formuler aux directions des hôpitaux pour créer un environnement favorable à l'accréditation ?** ».

A été considéré sous le terme « directions », les différentes directions présentes dans les hôpitaux, sachant que toute institution peut avoir une structure différente.

⁵¹ Jacquerye, A.,Thayse, C., Fontaine, P. et al. Le management stratégique de la qualité des soins par l'approche systémique "les nouveaux outils qualité". le diagramme des affinités. CIPIQS, Luxembourg, 1992.

Les étapes suivantes ont été suivies pour la réalisation de ce diagramme ⁵² :

1. spécifier le thème et l'objectif de l'analyse et préciser l'ensemble de ses caractéristiques, si besoin par brainstorming ;
2. par brainstorming, chercher toutes les idées qui peuvent être reliées au thème défini (caractéristiques, causes du problème...), écrire chaque idée de manière précise sur un post-it ;
3. coller les fiches en vrac ;
4. chercher des points communs entre les fiches pour les regrouper en 5 à 10 catégories. Le but est de dégager des liens logiques entre certaines fiches ;
5. vérifier les points communs des fiches dans une même catégorie ;
6. pour chaque catégorie, rédiger ensuite une carte d'affinités qui résume les principales caractéristiques des fiches.

2.4.4. Résultats et analyse

Le diagramme des affinités complet se trouve à la fin de ce chapitre sous la forme de six diagrammes. Il nous a paru cependant important d'en retranscrire la synthèse.

Les quinze personnes déclinent leurs recommandations en 5 catégories (diagramme 1) : d'abord elles proposent des pré-requis, le passeport pour poursuivre. La priorité est ensuite accordée à la direction désignée comme porteuse du projet accréditation. Ce projet nécessite la création d'une structure bénéficiant de ressources. Un plan de communication bien ficelé et structuré permet d'informer les membres de l'institution à tous les niveaux.

Les pré-requis (diagramme 2)

Poursuivre la mise en place du système de gestion de la sécurité garde toute sa place en intégrant régulièrement la mesure de la culture. S'ajoute également la gestion de la qualité renforcée par une culture de remise en question et d'amélioration grâce à l'auto-évaluation. Cela nécessite la création d'une nouvelle structure telle qu'une cellule d'audit interne et de suivi qui permet par l'instauration d'actions correctives et préventives. Vu l'ampleur des travaux qui seront en chantier, les intégrer dans une gestion de projets leur permet d'assurer leur gestion et leur suivi. L'existence d'une gestion

⁵² http://www.accordance.fr/infoqualite/dossiers/dossiers.php?id_dossier=139, last access 5 juillet 2013.

documentaire adoptée par les différents professionnels de l'institution est impérative également comme l'instauration de procédures et d'une cartographie des processus.

La direction porteuse du projet accréditation (diagramme 3)

Le focus group recommande que la Direction soit porteuse du projet accréditation.

Il est alors nécessaire qu'elle se forme. Cela lui permet de rédiger la politique qualité et d'intégrer l'accréditation dans les objectifs stratégiques et la vision de l'institution. Les participants insistent également pour que les membres du comité de direction soient informés sur la démarche de l'accréditation. Le focus group estime aussi que la direction doit participer aux réunions sur l'accréditation. En outre, il est important qu'elle rencontre le conseil médical. Il y a insistance pour que l'accréditation soit préparée de manière interdisciplinaire. Un membre du focus group médecin a proposé d'intégrer dans le contrat d'engagement des médecins, leur contribution dans la démarche de l'accréditation.

Une structure de projet accréditation (diagramme 4)

Le focus group attribue à la direction le pilotage du projet accréditation. Celle-ci désigne un chef de projet et un chef de projet adjoint externe à l'institution, pour garder un regard objectif sur la situation. Le Comité de pilotage est composé de représentants de différentes professions et du président du conseil médical.

La direction crée également une structure opérationnelle sous forme de comité. Elle nomme des référents accréditation à tous les niveaux de la hiérarchie et des personnes relais. Elle désigne également un chef de projet par service. Elle met en place une structure méthodologique s'adaptant à l'avancée de l'accréditation. Ce comité travaille selon un calendrier clair et précis.

L'allocation des ressources (diagramme 5)

Le focus group recommande que la direction alloue non seulement des ressources humaines mais également matérielles et financières.

Les ressources humaines concernent la désignation de personnes dédiées à la préparation de la mise en œuvre de l'accréditation et un temps dédié pour les chefs de service et les acteurs de terrain. Si des moyens matériels sont également mentionnés, un budget annuel accréditation est recommandé.

Le plan de communication (diagramme 6)

Le focus group a le souci de voir informé chaque collaborateur au niveau de l'accréditation. Pour ce faire, un plan de communication est préconisé. Il soutient le fait que c'est à la direction qu'incombe la responsabilité d'informer et de communiquer en personne avec le personnel. Les messages à donner sont les objectifs, les points clés et le calendrier du projet accréditation. La direction peut déléguer une cellule pour assurer l'information à l'ensemble des métiers et à tous les niveaux hiérarchiques. Des supports d'information peuvent soutenir cette démarche : des réunions, des dépliants, un journal sur intranet assurant une information régulière, etc. Le nouveau personnel est également mentionné dans ce plan de communication.

2.4.5. Conclusion

Les recommandations recueillies auprès membres de ce focus group ont le mérite d'être à la fois concrètes, claires et opérationnelles. Leur expérience acquise dans le domaine de la qualité et la sécurité est un socle solide, preuve d'une expertise sur laquelle les institutions peuvent se reposer lors de l'implémentation de l'accréditation.

3. DEUXIEME PARTIE : LES AVIS DES COMPETENTS

3.1. Introduction

Pour rappel, nous avons dénommé **comme compétents**, les personnes qui préparent dès à présent leur institution à l'accréditation sans avoir pour autant signé un contrat avec un organisme d'accréditation ou étant au début du processus. Il s'agit de Dr Bernard Bassleer (CHU Liège) et de Luc Melotte et le Pr Dr Delmée (St Luc, UCL) dont l'institution s'est récemment lancée dans l'accréditation.

3.2. Objectif

L'objectif est de permettre à ces professionnels compétents qui ont utilisé les concepts, méthodes et outils de l'accréditation de partager leurs réflexions sur le sujet.

3.3. Méthodologie

Toujours dans le cadre de la journée CIMQES du 20 février 2013, le Pr Agnès Jacquerye a introduit et modéré une table ronde de 60 minutes.

4 orateurs y ont pris part :

- le Dr Jean Bernard Gillet de l'Universitaire Ziekenhuis Leuven (UZ Leuven), hôpital déjà accrédité par la Joint Commission International (JCI);
- le Pr Michel Delmée, des Cliniques Universitaires de Bruxelles St-Luc (CUB St-Luc) qui se lance dans l'accréditation avec Agrément Canada International (ACI);
- Luc Mélotte, Directeur en charge de l'Accréditation de Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISO SL), qui a expérimenté dans son institution les méthodes et les outils de la Haute Autorité de Santé (HAS);
- le Dr Bernard Basleer, du Centre Hospitalier Universitaire de Liège (CHU Liège) qui envisage de se lancer dans l'accréditation sans avoir encore choisi d'organisme d'accréditation en particulier.

Chacun des 4 invités a préparé un diaporama et a disposé de 10 minutes afin de partager ses réflexions sur le sujet. Une série identique de questions a préalablement été adressée à chacun par courriel. L'analyse SWOT (De Walcq, 2008) effectuée par le KCE (annexe 2) leur a également été fournie en support à leur réflexion. Une séance de questions-réponses clôture la table ronde.

Figure 19 - Questions adressées aux participants de la table ronde

« Si vous représentez un hôpital :

- Etes-vous accrédité ?
- Pensez-vous être prêt à être accrédité ?
- Pourquoi l'accréditation dans votre hôpital ?
- Combien de temps avez-vous mis pour vous décider à vous lancer dans l'accréditation ?
- Quel est le temps de préparation avant la visite ?
- Qu'est ce qui a orienté votre choix pour tel ou tel organisme ? »

A partir de l'analyse SWOT du KCE et considérant la situation actuelle de votre institution, quels éléments pertinents relèveriez-vous ? »

Nous avons enregistré et retranscrit l'intégralité de la table ronde.

Nous avons ensuite envoyé par courriel à chaque orateur la retranscription des éléments clés de son intervention en lui demandant de valider le contenu de cette retranscription.

Nous leur avons précisé que leur communication serait utilisée notamment dans le cadre de ce travail.

Les quatre participants ont répondu favorablement à la demande.

Le résultat de cette démarche est reproduit ci-après pour ce qui concerne le Dr Bassleer, Luc Mélotte et le Pr Dr Michel Delmée.

La retranscription de l'intervention du Pr Dr Jean-Bernard Gillet a été intégrée à son interview.

3.4. Résultats et analyse

3.4.1. Dr Bernard Bassleer



Dr. Bernard Bassleer (CHU Liège)

Le Dr Bernard Bassleer est médecin spécialiste en cardiologie. Ancien assistant en cardiologie sociale (ULB), il est actuellement Médecin Chef Adjoint du CHU de Liège.

Il exerce les responsabilités de Coordinateur Qualité-Sécurité du CHU de Liège.

Il est également le délégué de l'ESP de l'Université de Liège aux projets interuniversitaires pour la Qualité des soins, notamment dans le cadre des plans pluriannuels qualité-sécurité du SPF Santé Publique.

Le premier constat du Dr Bassleer est que *"il y a beaucoup de papiers, que ce soit pour n'importe quel organisme."* Et que cet état de fait est *"toujours en décalage par rapport aux soins du quotidien."*

Il souligne que malgré la complexité de l'hôpital, la qualité existe déjà : *« Mais la qualité est partagée de par la loi des hôpitaux entre le médecin chef, le chef du département infirmier, par exemple. Cette loi institue aussi des commissions hospitalières qui jouent un rôle important dans ce domaine mais qui ne se coordonnent pas nécessairement. Heureusement, un bon plan stratégique et un leadership efficace peuvent y contribuer. Enfin, il y a des initiatives spontanées qui prennent parfois des chemins parallèles ... ».*

Le Dr Bassleer exprime l'opportunité de créer un *« comité sécurité qui permettrait de constituer un vrai circuit : avec le coordinateur qualité et une commission de pilotage composée de différents responsables et avec des satellites qui sont les commissions hospitalières ».*

Le Dr Bassleer exprime pour conclure que, selon lui, ce que le coordinateur qualité espère *« c'est qu'avec l'accréditation et le leadership qui va s'en dégager, [le coordinateur qualité] puisse coordonner tout cela au sein de l'institution ».*

3.4.2. Luc Mélotte



Luc Mélotte

Disposant d'un master en Psychologie (ULg) et en Management des Institutions de soins et de santé (ULB, MISS), il a exercé différentes fonctions dans le milieu Hospitalier (Thérapeute, Responsable de la formation, Directeur des Ressources Humaines, Chargé de l'accréditation) et dans le secteur public (Ville de Liège, Service public de Wallonie).

Il a inclus très tôt les démarches et méthodes Qualité dans ses activités. Il est consultant en Organisation, Ressources humaines et en Accréditation.

Luc Mélotte rapporte que si son institution s'est lancée dans l'accréditation, c'est parce que la volonté d'offrir effectivement la meilleure qualité des soins figure notamment dans le plan stratégique.

« Le directeur général a lui-même présenté dans le cadre de sa nomination un examen au cours duquel il a présenté l'intérêt de l'accréditation. Ce qui démontre que lui-même est partie prenante ». Reste la question des moyens humains et financiers à y consacrer car dans toute institution libérer des moyens pour la qualité fait l'objet de négociations pour le moins âpres.

Dans le cadre d'un processus de fusion d'institutions (Hôpitaux gériatriques, hôpitaux psychiatriques et maisons de repos), il était opportun d'uniformiser et de standardiser nos pratiques managériales pour garantir la qualité des soins, car l'organigramme de l'institution a été radicalement modifié : « nous avons créé des directions transversales principalement la logistique, les finances, les ressources humaines et les techniques en appui des unités de soins. » Le truchement de l'accréditation permettait de construire des « passerelles entre ces secteurs avec des gens qui se parlent, avec des gens qui ont des pratiques au chevet des patients qui sont partageable en tout cas. » L'objectif est de capitaliser les expériences et de les diffuser sous forme de bonnes pratiques.

Luc Mélotte souligne également l'intérêt en terme de positionnement stratégique: « c'est quand même relativement important pour renforcer l'image de marque auprès des patients, des médecins prescripteurs et du public en général. » De surcroît, « nous sommes une institution publique et nous avons des comptes à rendre à notre conseil d'administration composés de mandataires politiques ».

Il fait le lien avec l'agrément des hôpitaux: « c'est vrai que nous espérons que la Région Wallonne puisse nous contrôler plus légèrement si nous étions accrédités » comme c'est le cas en Région flamande.

Luc Mélotte insiste comme les autres orateurs sur la qualité indispensable de l'outil de gestion documentaire, qui doit être exhaustif: « il faut qu'il y ait un recensement de tout ce qui est fait ».

Indispensable également, nous dit-il, une équipe interne de personnes formées et impliquées « qui se sentent concernées, et donc capable de rentrer dans la logique [de la démarche d'accréditation] » pour épauler le coordinateur qualité.

Quant au positionnement de cette équipe Accréditation dans l'organigramme de l'institution, vu que cette démarche implique non pas « de travailler sur des petites parcelles de qualité mais sur l'ensemble des systèmes », Luc Mélotte recommande de « positionner l'équipe qui s'occupe de l'accréditation au niveau de la direction générale » pour les raisons suivantes: « pour son soutien en général » qui permet d'obtenir les ressources nécessaires, « pour avoir la capacité de visiter

l'ensemble de l'organisation et ce avec une certaine autorité » et si nécessaire, d'arbitrer en cas de désaccords, voire d'opposition.

3.4.3. Pr Delmée



Prof. Dr Michel Delmée (Cliniques Universitaires St-Luc Bruxelles, UCL)

Le Dr Delmée est directeur du laboratoire de microbiologie des Cliniques Universitaires Saint-Luc à Bruxelles (Cliniques St-Luc Bruxelles).

Il est également professeur à l'Université Catholique de Louvain (UCL).

Le Pr Delmée entame son exposé en replaçant l'accréditation dans le contexte de la qualité des soins assurés aux patients. S'adressant au public, il affirme que *« il faut constamment avoir comme état d'esprit de garantir à une personne qui franchit votre pas de porte la meilleure qualité possible »*.

Il insiste sur l'état d'esprit avec lequel il convient d'aborder la démarche d'accréditation. Selon lui, modestie et contextualisation sont primordiales : *« On se place dans une perspective ou l'on ne doit pas être les Kings à un moment donné. »* Il ne faut pas se dire qu'une fois accrédité *« on a gagné, on a réussi l'examen, on peut passer à l'année suivante... On est dans une dynamique ou on part à un niveau [généralement] satisfaisant et où surtout il est important de se dire qu'on sera un peu mieux ou beaucoup mieux - c'est d'autant mieux - lorsqu'on mesure quelques temps après. Ça donne un peu plus de confort de se dire qu'on n'est pas parfait et qu'on tend vers un mode d'amélioration permanente. Que cela va aller à des rythmes différents qui dépendent de où vous [institutions] vous trouvez [au démarrage] »*.

Le Pr Delmée souligne également qu'après une vague d'accréditation-certification obligatoire notamment des laboratoires ou le *« trigger au départ était: si vous n'êtes pas accrédité vous n'êtes plus remboursé l'année prochaine (...) incitant majeur pour être accrédité, on a maintenant des initiatives d'accréditation-certification qui se mettent spontanément en place »* (ISO 9001 par exemple) sur base volontaire. Et cela est remarquable.

Le Pr Delmée relève ensuite qu'un investissement important en terme de logiciel de gestion documentaire a dû être réalisé, avec une plateforme informatique qui permet notamment d'enregistrer tous les événements indésirables, de les centraliser et de les injecter dans leur gestion documentaire.

« Il faut avoir un fort soutien de la direction », souligne-t-il, « c'est l'un des projets majeurs du plan stratégique » de l'institution.

Quant au choix de l'organisme d'accréditation - Agrément Canada International, *« le fait que l'on puisse parler français était un élément déterminant (...) et le fait aussi qu'il ne reviendrait pas sur ce qui est déjà accrédité au contraire de la JCI. A également pesé dans la balance le fait qu'ils ont un système d'autoévaluation bien pratique et plus abordable que les systèmes d'audits permanents qui coûtent certainement plus d'argent ».*

3.5. Discussion/conclusion

La retranscription des interventions des compétents parle d'elle-même.

Cependant, il nous a paru intéressant de mettre en rapport les éléments relevés par les « débutants » et les « compétents » ayant participé à la journée du 20 février organisée dans le cadre du CIMQES. Le tableau ci-dessous livre une synthèse de leurs réflexions.

TABLEAU 11

FORCES ET FAIBLESSES DES HÔPITAUX FRANCOPHONES VIS-À-VIS D'UNE POTENTIELLE DÉMARCHÉ
D'ACCREDITATION IDENTIFIÉES PAR LES PARTICIPANTS⁵³

Forces	
-	Soutien de la Direction Générale (DG)*
-	Existence d'une politique institutionnelle Qualité et & Sécurité
-	Volonté amélioration des pratiques professionnelles
-	Accréditations/certifications partielles
-	<u>Equipe Qualité & Sécurité impliquée**</u>
-	<u>Equipe Qualité & Sécurité proche de la DG</u>
-	<u>Ressources mises à disposition</u>
-	<u>Bonne gestion documentaire</u>
-	<i>Niveau élevé de culture Qualité & Sécurité***</i>
-	<i>Existence d'une démarche continue d'amélioration de la Qualité</i>
-	<i>Participation au plan pluriannuel du SPF SP</i>
Faiblesses	
-	Gestion de la Qualité fragmentée
-	<i>Accréditation absente du plan stratégique</i>
-	<i>Transversalité des démarches difficiles</i>
-	<i>Absence de politique Qualité & Sécurité</i>
-	<i>Absence de soutien de la DG</i>
-	<i>Opposition des médecins</i>
-	<i>Gestion documentaire lacunaire</i>
-	<i>Absence de ressources mises à disposition</i>
-	<i>Absence de motivation des personnels</i>
*	<i>Les éléments en gras sont relevés à la fois par les experts dans le cadre de la table ronde et des participants aux travaux de groupe</i>
**	<i>Les éléments soulignés sont relevés par les experts dans le cadre de la table ronde</i>
***	<i>Les éléments en italique sont relevés par les participants aux travaux de groupe</i>

⁵³ Lecocq,D. Exploration du ressenti d'un groupe de professionnels de santé à propos de l'accréditation des établissements hospitaliers. CIMQES, ESP ULB FSP,UCL, septembre 2013. Soumis pour publication.

4. TROISIEME PARTIE : LES AVIS DES EXPERTS

4.1. Introduction

Nous avons classé dans **les experts**, les personnes ayant vécu plusieurs accréditations ; nous avons ajouté cependant l'expérience de la direction du Centre Emile Mayrisch du GDL ayant eu une réflexion et une préparation de cette démarche depuis plusieurs années avant de se lancer dans l'accréditation. Témoins privilégiés de la mise en œuvre de l'accréditation, les années d'expériences leur ont apporté une expertise leur permettant de voir les situations avec recul et objectivité. Il s'agit du (de) :

- Dr Michel Nathan, Directeur général et Serge Haag, Ph.D, Directeur en soins infirmiers au CHEM (GDL) ;
- Pr J-B. Gillet, chef de Services aux Urgences de l'Hôpital Gasthuisberg à Louvain ;
- M Ludo Meyers, Directeur de soins à l'Hôpital Virga Jessa à Hasselt ;
- Mme Tilly Postelmans, conseiller chez NIAZ ;
- Mme Odile Fima, Directrice honoraire en Soins Infirmiers (France , région Loire).

4.2. Objectif

Ces rencontres ont eu pour objectif de récolter les avis des experts considérés comme des informateurs clés pour nos hôpitaux francophones.

4.3. Méthodologie

Nous avons adopté la technique de l'entretien semi-dirigé basé, dans ce cadre, sur quatre questions principales. Cette méthode permet de recueillir de l'information de manière qualitative. Elle donne accès aux perceptions et aux opinions. De plus, elle donne l'occasion de révéler des situations souvent ignorées par les débutants et compétents et apporte ainsi un regard percutant sur la réalité.

L'interview semi-dirigée s'est orientée vers les quatre questions suivantes :

1. Comment avez-vous préparé le personnel avant l'arrivée de l'accréditation? Feriez-vous de même avec le recul ?
2. Il paraît qu'il y a un choc de la réalité entre l'enthousiasme de s'engager dans ce mouvement puis, après l'auto-évaluation, la réalité du travail à accomplir pour répondre aux conditions du manuel. Est-ce que cela vous est arrivé ? Voulez-vous expliquer ce choc de réalité ?
3. Quels sont les conseils à donner aux hôpitaux qui ne se sont pas encore décidés à se lancer dans l'accréditation mais qui s'y intéressent ?
4. Quels sont les facteurs de succès essentiels pour se préparer à l'accréditation ?

Cette trame a servi de cadre de référence ; elle a été adaptée dans certaines circonstances. En effet, lors de ces rencontres si des informations plus larges étaient communiquées, elles étaient retenues.

4.4. Résultats et analyse

4.4.1. Interview du Dr Michel Nathan et de Serge Haag, Ph.D



Dr Michel Nathan

Dr Michel Nathan est le Directeur Général du Centre Hospitalier Emile Mayrisch, Esch-Sur-Alzette (CHEM) au Grand-Duché du Luxembourg.



Serge Haag

Serge Haag, Ph.D est Directeur en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier Emile Mayrisch (CHEM) au Grand-Duché du Luxembourg

Le CHEM est né de deux processus de fusion consécutifs qu'a traversé l'Hôpital de la Ville d'Esch-sur-Alzette, d'abord en 2004 avec l'Hôpital de Dudelange et, le 1er janvier 2008 avec l'Hôpital Princesse Marie-Astrid de Nieder Korn

En 2013, le CHEM s'est engagé dans une démarche d'amélioration de la qualité avec l'organisme d'accréditation JCI. Une première visite d'experts visiteurs a permis de faire la première évaluation de l'institution sur base du référentiel de la JCI. Une deuxième visite des experts visiteurs aura certainement lieu, mais un plan exact n'est pas encore établi et une éventuelle accréditation par la JCI n'est pas encore décidée.

Qu'est-ce qui vous a poussé à vous engager dans une démarche qualité ?⁵⁴

Cette décision a été prise après mures réflexions par le Directeur Général, Dr Michel Nathan avec le Conseil d'Administration. Cette décision n'a pas été prise à la légère. Nous avons voulu anticiper plutôt que de se voir imposer cette démarche. La décision repose principalement sur le fait que l'institution va être passée au crible par des experts visiteurs. Cet effet miroir permet de nous montrer les faiblesses et de s'engager dans un processus d'amélioration de manière obligatoire et systématique. Cette démarche est pour nous porteur de sens. Cela a été un choix à la fois au niveau supérieur mais également au niveau des gens de terrain.

Il paraît qu'il y a un choc de la réalité entre l'enthousiasme de s'engager dans ce mouvement puis après l'auto-évaluation la réalité du travail à accomplir pour répondre aux conditions du manuel ? Est-ce que cela vous est arrivé ? Voulez-vous expliquer ce choc de réalité ?

Je dirais plutôt que nous nous attendions, comme d'ailleurs beaucoup d'hôpitaux qui ont été audités pour la première fois par la JCI, à un grand écart entre les exigences de la JCI et les réalités de terrain. D'ailleurs le DG a préparé les médecins, les cadres intermédiaires et de proximité à des résultats qui risquent d'être vécus par certains comme une douche froide. Mais dans le même discours, il a toujours souligné que peu importe les écarts constatés, l'objectif de la visite de experts vise une amélioration de la qualité des processus clés de notre hôpital et non pas de sanctionner les acteurs. Et heureusement que le terrain fut bien préparé, car l'écart était au moins aussi important qu'attendu et parfois même plus, malgré notre engagement de longue date dans un processus d'amélioration de la qualité. On peut considérer le résultat comme démotivant ou comme un levier ; nous l'avons considéré comme un levier pour progresser.

Ce qui était tout à fait nouveau pour nous c'est lorsque certains professionnels médecins ou infirmières ont été interviewés par les experts visiteurs. Ceux-ci leur ont demandé des preuves de leur compétence dans leur champ d'action. La direction devait expliquer toutes les formations

⁵⁴ Interview du Dr Michel Nathan et Serge Haag, Ph.D. par Pr Agnès Jacquerye.

complémentaires ou congrès suivis par les médecins, le nombre d'examens réalisés démontrant par le nombre d'actes, son expertise, etc. Les mêmes questions ont été posées par rapport au personnel soignant et paramédical.

Lors de la visite de terrain, le personnel soignant a été interrogé et les experts ont même exigé les preuves de leurs compétences : une infirmière des urgences a été priée d'expliquer les premiers gestes en cas d'urgence vitale et de démontrer l'utilisation correcte d'un défibrillateur (même la date de péremption des électrodes a été contrôlée). En oncologie, les infirmières ont dû montrer comment utiliser un masque de ventilation en urgence (trouver l'endroit de l'Ambu, démontrer qu'on est capable de fixer les raccords, comment le tenir, numéro d'appel d'urgence interne...). Ces questions étaient inattendues pour nous.

Une autre méthode appliquée par les experts est celle du « patient tracer ». Un dossier d'un patient sélectionné au hasard faisait l'objet d'une analyse détaillée multifactorielle (procédure, prescriptions médicales, compétences soignantes, qualité et pertinence de la documentation, prise de conscience du volet éthique etc.) commençant par le début de prise en charge et qui se termine par la sortie du patient de l'institution. Cette méthode était pour nous très enrichissante.

Cette approche est tout à fait différente de celle de l'EFQM, moins conceptuelle et beaucoup plus pragmatique axée sur la sécurité et la qualité de l'activité primaire de notre institution.

Comme on n'est pas le seul hôpital au Luxembourg qui a décidé d'engager cette voie d'amélioration de la qualité en collaboration avec la JCI, des synergies inter-hospitalières pour des thèmes d'amélioration spécifiques sont envisageables.

Quels sont les conseils à donner aux hôpitaux qui ne se sont pas encore décidés à se lancer dans l'accréditation mais qui s'y intéressent ?

Il faut être au clair avec la finalité d'une accréditation JCI. Si on vise comme finalité l'accréditation, on risque de se conformer à des critères au lieu de viser l'amélioration. Pour nous, c'était clair dès le début que ce n'est pas notre objectif, ce qui explique que nous envisageons après un projet d'amélioration d'environ trois années une 2^{ième} visite des experts de la JCI sans pour autant viser une accréditation par la JCI.

Un 2^{ème} élément est celui de la bonne « préparation » du terrain. L'audit JCI n'est pas une fin en soi, mais c'est la sécurité, la prévention de risques et la qualité des prestations qui doit être visée. Ces objectifs ne peuvent être atteints qu'avec des médecins et soignants motivés. Lors de cette phase préliminaire, notre direction générale a été en étroite collaboration avec la cellule qualité pour communiquer le projet et les finalités à tous les cadres intermédiaires et de proximité de notre institution.

Conclusion

Cette décision de notre direction est un choix volontaire dans le but essentiel d'améliorer la qualité et surtout la sécurité du patient en fédérant les professionnels autour de ce projet.

4.4.2. Interview de Pr Jean-Bernard Gillet



Prof. Dr Jean-Bernard Gillet (UZ Leuven, KU Leuven)

Le Dr Jean-Bernard Gillet est médecin chef de service aux Urgences de l'hôpital universitaire de Louvain (UZ Leuven).

Il est professeur associé à la Faculté de Médecine de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL). Il collabore également à de nombreuses autres formations universitaires.

Il a notamment participé à la fondation de la société belge de médecine d'urgence qu'il a présidée et exercé le rôle de conseiller auprès d'autorités politiques.

L'hôpital universitaire Gasthuisberg est le premier hôpital belge à avoir obtenu l'accréditation en Belgique en 2010 par un organisme d'accréditation international, la Joint Commission International ou JCI.

Comment avez-vous préparé le personnel avant l'arrivée de l'accréditation?⁵⁵

Le Pr J-B. Gillet rapporte son vécu. Lorsque le personnel des urgences, qui représente 150 personnes, a appris l'engagement de l'hôpital dans la démarche de l'accréditation, les réactions de ce type sont apparues :

« Ah mon vieux, la qualité on en a ras-le-bol ! Cela consiste à remplir des formulaires et on ne voit rien qui change, dans notre vie à nous. On remplit des formulaires, il y a plein de commissions, il y a plein de gens qui vont en réunion, ils vont tellement en réunion qu'ils ne travaillent plus dans le service donc il y en a ras-le-bol. Explique-nous en quoi ça change? Est-ce qu'il y a des études qui montrent que ça fait quelque chose? ».

De cette expérience, le Pr J-B. Gillet retient que la question de la preuve des bénéfices de l'accréditation est une question que se pose tout le personnel et qu'il est essentiel de communiquer sur le sens et la finalité de la démarche d'accréditation. Voici les types de questions essentielles à poser pour être à l'écoute des professionnels : quels sont vos problèmes ? Qu'est-ce qui vous met en colère ? Qu'est-ce qui vous dérange la nuit ? Qu'est-ce qui vous rendrait service, qu'est-ce que qui vous fait peur ? et qu'est-ce qui vous fait rêver ?

Lorsque le Pr J-B. Gillet parle de communication, nous constatons donc qu'il a donné l'occasion d'accorder une libre expression des problèmes qui existent, des doutes ou des critiques sur la démarche d'accréditation elle-même. Il s'agit d'accorder un certain temps à une écoute et une compréhension des appréhensions ainsi que des craintes éventuelles du personnel qui peuvent être tout à fait justifiées. **Cette période de déminage** est un passage obligé pour arriver en un second temps à la phase d'acceptation et de construction du projet.

Il paraît qu'il y a un choc de la réalité entre l'enthousiasme de s'engager dans ce mouvement puis, après l'auto-évaluation, la réalité du travail à accomplir pour répondre aux conditions du manuel. Est-ce que cela vous est arrivé ? Voulez-vous expliquer ce choc de réalité ?

En effet, un élément important à considérer dans le processus d'accréditation est **la charge de travail** qu'elle représente : "Tout à coup, vous recevez un livre épais comme ceci, un livre avec les standards. Et voilà on vous dit : il faudra être compliant aux standards."

⁵⁵ Rencontre le 7 juin 2013 à l'hôpital Gasthuisberg : présents Pr J-B Gillet (Chef de service des Urgence), Pr A. Jacquerye et Nathalie Zandecki (GRI QUASAR ESP, ULB) et rencontre à la table ronde du CIMQES du 20 février 2013 consacré à l'accréditation.

Ma charge de travail a été de l'ordre d'une ou deux journées par semaine pendant 3 ans.

Cependant le bénéfice opérationnel n'est pas contesté. Deux informaticiens ont été engagés pendant trois mois pour réaliser la prescription médicale informatisée. Nous avons pu obtenir des imprimantes en quantité suffisante pour pouvoir utiliser notre système d'identification des patients, des armoires de pharmacies électroniques, etc. Les choses ont changé dans un sens positif. Certains rêves ont été réalisés grâce à la démarche de l'accréditation.

Quels sont les conseils à donner aux hôpitaux qui ne se sont pas encore décidés à se lancer dans l'accréditation mais qui s'y intéressent ?

Une bonne gestion documentaire est essentielle, relève le Pr J-B. Gillet : « Si vous n'avez pas une bonne gestion documentaire ne parlez pas d'accréditation. Elle crée une culture dynamique et donne confiance au client. C'est énormément lourd en charge de travail, cela demande des ressources complémentaires et la sécurité est plus importante que le résultat. »

Concernant la rédaction des procédures, il s'agit d'un travail collectif avec une forte implication des cadres de proximité. En parallèle, l'intérêt du directeur, pour ce qui se passe sur le terrain, est bien perçu par les équipes et crée une dynamique.

De plus, il est important de se doter d'une équipe de **spécialistes qualité** non seulement pour rédiger les procédures, rédiger la documentation mais aussi pour devenir **des auditeurs** avec une mission transversale. La direction envoie des personnes se former à l'audit et certaines d'entre elles peuvent former au niveau de l'institution des auditeurs internes pour une question d'économie et de moyens.

Quels sont les facteurs de succès essentiels pour se préparer à l'accréditation ?

Le Pr J-B. Gillet souligne qu'il est "extrêmement reconnaissant à l'administrateur délégué d'avoir pris des décisions et d'avoir fait **valider par son conseil d'administration** et par toute la direction le fait de s'engager dans l'accréditation, le médecin chef recevant un mandat officiel. L'avantage quand ils prennent une décision, les moyens vont suivre... Parce que des moyens il en faut."

Conclusion

Revers de la médaille, le Pr J-B.Gillet conclut son intervention en transposant à l'accréditation, le concept de réduction du valable au visible développé par Régis Debray dans un ouvrage traitant du monde des médias: "C'est la réduction du valable au visible⁵⁶. Ce qui est vrai dans le monde médiatique. C'est aussi la réduction du valable au mesurable et la qualité ce n'est pas seulement ce qu'on mesure. Donc là on a parfois de temps en temps quelque chose en travers de la gorge... Parce que ce qui est privilégié, c'est ce qui est mesurable. Mais il y a un problème de hiérarchie des blancs : parfois on a vraiment le sentiment qu'on donne beaucoup d'importance à des choses qui sont mesurables alors qu'il y a des choses qui ne sont pas mesurables mais qui en terme de normes implicites sont encore plus importantes que ce qui est mesurable. Et qui ne sont pas mesurées. « C'est le propre de tous les domaines de pratique où l'humain est au centre des préoccupations. Nous ne devons pas l'oublier » .

4.4.3. Interview de Monsieur Ludo Meyers



Ludo Meyers

Ludo Meyers est Directeur des soins aux patients depuis 1997.

L'hôpital Jessa possède 988 lits agréés, répartis sur trois campus: le campus Salvator, le campus Virga Jesse à Hasselt et le campus Sainte-Ursule à Herkede-Stad. Il est considéré comme parmi les 5 meilleurs hôpitaux non universitaires en Flandre. Avec 293 médecins, 50 assistants médicaux, 72 médecins qualifiés et 3062 employés. L'Hôpital Jessa est le deuxième employeur du Limbourg.

L'accréditation et l'Hôpital Jessa

Le campus Virga Jesse a été accrédité pour la première fois en 2008. La deuxième visite a eu lieu en 2011 et l'hôpital a réussi cette deuxième étape également avec succès. Quant au campus Salvator et le campus Saint Ursule, ils ont eu leur première accréditation en même temps en 2011. L'hôpital Jessa est accrédité pour l'ensemble des 3 campi.

⁵⁶ Debray Régis. Vie et mort de l'image. Gallimard, 1992.

Comment avez-vous préparé le personnel avant l'arrivée de l'accréditation ?⁵⁷

Le premier message que je voudrais transmettre est qu'il est important, avant de commencer toute démarche, **d'en parler, de... beaucoup en parler**. Nous avons pris le temps d'en parler à tous les niveaux de la hiérarchie et ce, durant un an, avant la signature avec l'organisme d'accréditation NIAZ. Puis nous avons obtenu la première accréditation après 4 ans, année de préparation comprise.

En parler ? Je m'explique. Nous avons passé du temps avec les cadres à discuter sur l'opportunité de l'accréditation et à **répondre aux questions suivantes** : quel est le sens de l'accréditation, qu'est-ce que cela va nous apporter ? Est-ce vraiment nécessaire de travailler avec des procédures ? Cela a été aussi le cas avec les médecins. Parler et discuter de l'accréditation nous ont permis de voir clair.

L'expérience du modèle « Kwadrant »⁵⁸ a mis en évidence que l'engagement de la direction n'était pas assez fort et le QUADRANT n'a dès lors pas été prioritaire pour l'institution. Cela a changé pour l'accréditation. Elle était prioritaire, aussi, la direction s'est mobilisée et nous avons retravaillé entièrement **la mission, la vision et la stratégie** de notre hôpital.

Il paraît qu'il y a un choc de la réalité entre l'enthousiasme de s'engager dans ce mouvement puis après l'auto-évaluation la réalité du travail à accomplir pour répondre aux conditions du manuel ? Est-ce que cela vous est arrivé ? Voulez expliquer ce choc de réalité ?

Oui, nous avons connu ce choc de la réalité. Les résultats de la première auto-évaluation ont mis en évidence l'écart entre la réalité et tout ce qui est à accomplir pour le diminuer. Cela apporte un certain choc mais qui est dépassé s'il y a volonté de poursuivre.

Nous avons mis au point notre **gestion documentaire**. Nous avons mis en place notre propre système, ce qui nous permis de répondre facilement à nos propres besoins, et en plus, de cette façon nous pourrions contrôler le contenu.

C'est aussi un choc de la réalité quand il faut s'y mettre dans cette gestion documentaire. Que va-t-on en faire ? Cela mérite réflexion et cette réflexion n'est pas transplantable aux autres hôpitaux. Nous recevons des coups de fils d'hôpitaux qui croient que le logiciel résout tout. Non, il est

⁵⁷ Rencontre le vendredi 31 mai 2013 à Virga Jessa : Présents : Ludo Meyers et Tilly Postelmans, Nicole Delmotte, Agnes Jacquerye.

⁵⁸ Le modèle « Kwadrant » est issu du modèle EFQM (European Foundation for Quality Management), qui procède à une auto-évaluation ainsi qu'à l'enregistrement de déroulements en vue d'une meilleure collaboration entre les différents services.

important de savoir quels documents intégrer et comment. Avoir **une cartographie des processus** et travailler sur ces processus sont également une lourde charge de travail.

Quels sont les conseils à donner aux hôpitaux qui ne se sont pas encore décidés à se lancer dans l'accréditation mais qui s'y intéressent ?

Chez nous, depuis plusieurs années, **une culture d'amélioration s'est instaurée**. Nous ne faisons pas de distinction entre une culture de sécurité, une culture qualité ou une culture accréditation. C'est une culture de remise en question qui nous intéresse, une culture d'autoévaluation et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

Nous avons toujours trouvé intéressant les résultats des visites de l'inspection flamande pour nous remettre en question. Certains croient que l'accréditation va remplacer l'inspection. Mais c'est un leurre. Elle nous apporte beaucoup d'informations, profitons-en ! Le contrat « Qualité et Sécurité » avec le SPF nous plonge également dans cette culture d'amélioration depuis 2007.

En tant directeur de soins, j'ai investi dans les **tours de sécurité** avec plusieurs unités et ce, au rythme de 3 fois par an. Je les pratique plus fréquemment encore dans les unités à risque. Par élément de contrôle cinq points sont vérifiés avec des chiffres pour l'appuyer. Les grands domaines sont : la sécurité incendie, le dossier du patient, les itinéraires cliniques, la sécurité du patient et la qualité des soins. C'est essentiel pour moi de garder le contact avec le terrain et que le personnel se sente soutenu. Le temps consacré à ces tours de sécurité est relativement court (une heure) mais c'est un contact très précieux.

Une bonne **gestion documentaire** est un facteur de succès, comme l'instauration générale d'**audits internes** permettant de cultiver cette culture d'amélioration de la qualité.

Il est important de **former son personnel** mais les formations doivent être ciblées et être en lien avec la stratégie de l'institution. Nous avons créé des postes d'**auditeurs internes**. Nous avons mis sur pied une formation d'auditeurs à l'intérieur de l'hôpital. Ils sont actuellement 80. Chez nous un jour d'audit c'est-à-dire un jour d'observation, demande une journée de travail pour rédiger le rapport. Du temps doit donc être accordé à ces missions.

Quels sont les facteurs de succès essentiels pour se préparer à l'accréditation ?

Un facteur essentiel de succès est **l'implication de la direction**.

Une journée de séminaire adressée aux directions par groupes homogènes

Avant de se décider à s'engager dans l'accréditation, je conseille que les hôpitaux francophones organisent des journées d'initiation et de sensibilisation à l'accréditation pour les directions. Le thème de la journée est de mieux comprendre l'accréditation et ses implications. Il est important également que soit discutée la pertinence de l'accréditation, etc. Comme je l'ai signalé, en débattre est indispensable pour clarifier les esprits.

Je suggère que ces journées se fassent d'abord par groupes homogènes. Il est important que les médecins en parlent entre eux d'abord, comme les gestionnaires et les membres des conseils de gestion. Une journée entière mérite d'être consacrée à cette thématique. Si cela pose un problème pour les médecins car se libérer une journée est difficile dans leur calendrier, le samedi peut être une alternative.

Ces journées sont à organiser à l'extérieur des institutions pour pouvoir s'y consacrer entièrement. Un ambassadeur spécifique à chacun des groupes peut être désigné pour avoir une personne de référence, etc.... Voilà quelques suggestions.

Dans l'institution, pour mobiliser les médecins : organisation de rencontres

L'implication du corps médical est capitale. Il est dès lors indispensable de les sensibiliser. Une journée est sans doute nécessaire également. Une piste est de réunir d'abord les médecins engagés dans les commissions telles que les commissions éthiques, médico-pharmaceutiques et autres. Leur offrir également une formation d'auditeur interne leur permet de mieux comprendre le concept d'accréditation. Ces médecins pourront ensuite être d'excellents ambassadeurs.

Conclusion

Je terminerais par une réflexion toute simple : l'accréditation est une démarche à implanter **TRANQUILLEMENT**.

4.4.4. Interview de Mme Tilly Postelmans



Tilly Postelmans

Mme Tilly Postelmans a été durant de nombreuses années coordinatrice qualité dans un grand hôpital régional du Limbourg. Depuis le 1er août 2012, elle est Senior Advisor à l'Institut Néerlandais d'Accréditation en Soins de Santé soit le Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ).

En octobre 2012, un « Memorandum of Understanding » a conclu une coopération entre NIAZ et l'organisme d'Accréditation Canadien International (ACI). En mai 2013, un contrat a ensuite été signé entre NIAZ et ACI sur la mise en œuvre du programme Qmentum en Flandre. Selon les attentes, en janvier 2014, un contrat devrait être signé sur la mise en œuvre du programme QMentum aux Pays-Bas. Niaz distribue le logiciel Q-mentum grâce à l'octroi d'une franchise réalisée avec l'ACI. Les normes, les questionnaires et autres outils sont offerts par Niaz en néerlandais dans les institutions flamandes et hollandaises.

Tilly Postelmans a pour rôle d'accompagner les établissements de soins (hôpitaux généraux, institutions de revalidation, centres psychiatriques, soins à domicile et institutions de repos et de soins) dans tout le processus de l'accréditation et ce, à toutes les étapes

Comme l'entrevue s'est déroulée en même temps que celle de Ludo Meyers⁵⁹, il nous a paru intéressant d'adapter les questions prévues en rapport avec sa fonction.

Comment se déroule la préparation de l'institution à l'audit interne basé sur l'auto-évaluation ?

Dans cette phase, il s'agit de mettre sur place un système d'audit interne, d'en définir la politique et de planifier sa mise en œuvre.

⁵⁹ Rencontre le vendredi 31 mai 2013 à Virga Jessa : Ludo Meyers et Tilly Postelmans, Nicole Delmotte, Pr Agnès Jacquerye.

En premier lieu, il s'agit surtout de donner des informations, ... **beaucoup d'informations** sur : les prérequis de NIAZ, le référentiel des normes de NIAZ et les étapes à suivre, etc. Mme Postelmans souligne l'importance **d'impliquer les médecins** dès le début de la préparation, dans toutes les initiatives qui concernent leur pratique.

Il s'agit également d'apprendre et de **maitriser le software de Q-Mentum**. Chaque établissement doit y définir son profil, c.à.d. le genre de services et de soins qu'il offre, afin de sélectionner les différents sets de référentiels qui s'appliquent à l'institution. Sur cette base sont enregistrées les données de l'(auto)évaluation et est généré un rapport.

Ensuite le Senior Advisor aide l'établissement à composer et former les équipes qui feront les audits internes. Dans le contexte de NIAZ, ces équipes sont multidisciplinaires et leur composition est fonction des différents trajets de patients. Il ne s'agit donc pas d'être axé sur des services ou des groupes de professionnels.

Les normes de NIAZ (Q-Mentum) sont en effet structurées autour de groupes de patients (groupes de pathologies) et s'appliquent donc à tout le trajet du patient. Cela implique tous les services que les patients peuvent traverser et tous les professionnels se trouvant sur ce trajet, concernés dans les soins directs ou les services de soutien. Aussi, avant cette étape, il est important de former les équipes qui feront les auto-évaluations (audits internes) et d'informer et de préparer au préalable le personnel. Les professionnels apprennent à jeter ainsi un regard critique sur la qualité de leur propre pratique et à réaliser une auto-évaluation.

Puis, le Senior Advisor accompagne l'établissement pour exploiter les résultats des auto-évaluations. Il en ressort que certains points peuvent être adaptés ou améliorés à court terme avec peu d'investissement, d'autres demandent un temps plus long ou un changement / investissement plus important.

Le Senior Advisor soutient ainsi les établissements dans les six mois avant la visite d'accréditation par les auditeurs externes. Durant cette phase, il s'agit de planifier en détail la visite et de rendre l'hôpital prêt à accueillir les auditeurs de NIAZ. En revanche, le Senior Advisor ne participe pas aux audits externes, mais il accompagne les établissements dans toutes les étapes préparatoires.

Quels sont les facteurs de succès essentiels pour se préparer à l'accréditation ?

Vu son expérience avec l'accréditation dans toute une série d'hôpitaux, chacune dans différentes phases du processus, Mme Postelmans a pu nous communiquer quelques facteurs de succès.

Avant toute chose, il ne faut pas considérer l'accréditation comme un projet « One Shoot », il s'agit plutôt **d'un processus progressif de prise de conscience / changement de mentalité** (développement, croissance) et cela prend du temps. Il s'agit d'un processus combiné bottom-up et top-down. A la base, sur le terrain et dans les services, il s'agit de connaître le contenu des normes; il est important que les professionnels arrivent à s'approprier les normes et à les considérer comme les leurs.

La direction doit surtout s'occuper des aspects structurels, tel que le **planning global**. Un facteur de succès est la mesure dans laquelle on arrive à **intégrer l'accréditation dans la gestion globale de l'établissement**. L'accréditation n'est pas à considérer comme une affaire secondaire (à côté autres projets tel qu'une construction, un réaménagement, une fusion, une réorganisation, etc.). L'accréditation est une affaire prioritaire à laquelle il faut attribuer suffisamment de **moyens** et de **personnel**.

Dans la phase d'information et sensibilisation, il est utile de créer un réseau de référents ou ambassadeurs dans toute l'institution et de les sélectionner dans tous les départements et groupes professionnels, y compris les médecins car ils doivent également intégrer les normes, participer aux auto-évaluations et à la mise en œuvre d'améliorations de la qualité, etc.

Un aspect important est de **disposer d'un système de gestion documentaire** : les procédures existantes doivent être mises à jour et disponibles, beaucoup de processus seront encore en construction, il faut, dès lors, une bonne gestion des versions. Aussi, un système de gestion documentaire (de préférence informatisé) est indispensable.

Un danger : l'effet soufflé après la visite c'est à dire retomber sur les modes de travail habituel. Cela n'est pas le but d'une accréditation. Les professionnels doivent comprendre qu'il s'agit de mener l'ensemble de leurs pratiques d'une façon systématique à un niveau de qualité tel qu'il est décrit dans les normes et de le maintenir à ce niveau. Le processus ne s'arrête pas une fois que l'accréditation est obtenue : il se prolonge dans des actions correctives, afin d'assurer que l'établissement maintien son accréditation dans le futur.

En conclusion, ces informations confirment dès lors qu'une démarche préalable à l'accréditation est à mettre en place de manière stratégique et opérationnelle selon un calendrier réaliste et raisonnable.

4.4.5. Interview de Mme Odile Fima



Odile Fima

Odile Fima a été directrice des soins pendant ses vingt dernières années d'exercice professionnel dans un établissement de huit cent lits et places situé dans les pays de Loire. L'accréditation française⁶⁰ a douze ans d'expériences. Elle a connu les trois premières versions du manuel d'accréditation et a eu la chance d'être expert visiteur dès l'instauration du dispositif.

Elle est maintenant formatrice reconnue en « développement professionnel continu » (DPC), concept développé plus loin.

Comment avez-vous préparé le personnel avant l'arrivée de l'accréditation ? Feriez-vous de même avec le recul ?⁶¹

Si je devais de nouveau mettre en place l'accréditation dans un établissement où cette question ne s'est jamais posée, avec du recul et de l'expérience, je m'y prendrais différemment de la première fois et de la façon suivante. Je vais ici me positionner comme directrice en soins infirmiers. Je me permets de communiquer mon expérience au présent.

Les étapes qui vont suivre sont toutes des pré-requis.

⁶⁰ Dans ce texte, le terme accréditation sera adopté plutôt que certification (terme dédié pour l'accréditation française) et ce, pour éviter des confusions.

⁶¹ Rencontre le jeudi 4 juillet 2013 à Le Mans : Odile Fima et Pr Agnès Jacquerye

Première étape : Au niveau de la direction des soins et de la direction médicale.

Objectif : Comprendre et s'approprier la démarche au niveau de la direction médicale et des soins.

Je crée avec la direction un groupe de réflexion sur le sujet avec cinq à six personnes de catégories professionnelles différentes : médecins, Cadres infirmiers, Directeur qualité, infirmière clinicienne. J'organise une réunion de cadres infirmier, je présente l'objectif dans cette réunion et je demande quelles sont les personnes qui seraient intéressées dans un premier temps à réfléchir avec moi pour comprendre la démarche. Ces personnes seront sélectionnées sur le volontariat.

Lors de la première rencontre je rappelle les objectifs poursuivis, j'énonce clairement la mission du groupe, sa zone de liberté et ses limites.

Je définis avec ce groupe, la méthodologie à suivre, je rappelle ce que la méthodologie doit comprendre :

- une recherche documentaire sur le sujet : concept d'accréditation et qualité, référentiels, manuels, articles, retours d'expérience,
- la synthèse des différentes expériences,
- l'écriture d'un projet comprenant les objectifs, la méthodologie, l'analyse des différentes orientations, les liens avec la démarche qualité, une évaluation budgétaire, le calendrier de réalisation précisant les forces et faiblesses déjà existantes de l'établissement.

Cette étape va permettre de comprendre et de s'approprier la démarche pour la présenter à la direction générale.

Deuxième étape : Au niveau de la direction générale.

Objectifs : Obtenir l'adhésion de la direction générale pour se lancer dans la démarche d'accréditation.

Les concepts de démarche qualité et accréditation étant compris et intégrés par le groupe de réflexion, je sollicite la direction générale, les adjoints à la direction, le président de CME, les membres du conseil de surveillance pour la présentation de cette première étape.

Trois thèmes seront présentés

- Un diaporama qui précise : les objectifs de la démarche, la méthodologie suivie, les leviers, les contraintes identifiés et un calendrier pluriannuel.
- Une étude de coût présentant :
 - les besoins en personnel : qualité, gestion des risques, secrétariat ;
 - une évaluation du temps consacré par les professionnels qui participeront aux audits, réponses aux questions du manuel, écrits des différentes synthèses...
- Une charte d'engagement signée du directeur général comme étant porteur du projet et précisant les missions de chaque personne ou groupes ou instances concernées par le projet.

Cette démarche permet de clarifier la méthode pour la direction générale et faire en sorte que la direction soit parfaitement au clair sur les contraintes et le coût avant de s'engager.

Je demande à la direction de proposer un slogan porteur de sens dès le départ.

Le « TOP MANAGEMENT » ayant donné son accord le premier groupe de réflexion de la direction des soins prépare un diaporama personnalisé en fonction du public cible : encadrement et professionnels de terrain. Le diaporama sera systématiquement présenté aux professionnels selon un calendrier défini avec présence des professionnels identifiée sur une feuille d'émargement.

Troisième étape : Autres professionnels.

Objectif : Informer l'encadrement, les représentants syndicaux, les professionnels

Lors de cette information la direction générale et soins proposent aux différentes catégories professionnelles de faire acte de candidature et de postuler en fonction de leur intérêt pour travailler en coordination avec le groupe de réflexion de la direction des soins sur les différents concepts déjà énoncés comme :

- les concepts de qualité ;
- les concepts d'accréditation, de certification ;
- les concepts de coordination et de continuité des soins ;

- les concepts de communication.

Une sélection, sur des critères définis, sera opérée à partir d'une lettre de motivation pour sélectionner des représentants de chaque catégorie professionnelle et chaque service. La sélection se fera conjointement direction établissement et direction des soins.

La candidature retenue recevra une lettre de mission de la direction générale, précisant son rôle et sa mission.

Ces professionnels formeront le futur comité de pilotage institutionnel ils participeront à l'élaboration :

- d'une méthodologie rigoureuse de préparation à la démarche ;
- d'un plan d'action avec un échéancier ;
- d'une formation adaptée à leur mission.

En effet pour leur permettre d'assurer l'entièreté de leurs missions des formations préalables sont nécessaires.

Quatrième étape : Formation du groupe de pilotage institutionnel.

Objectif : Former le groupe de pilotage institutionnel aux démarches qualité, sécurité et accréditation.

Proposition pour un contenu de formation des membres du comité de pilotage sur :

- pourquoi développer la qualité à l'hôpital ?
- la culture qualité, ses exigences ;
- le vocabulaire lié à la démarche qualité et à l'accréditation ;
- l'évolution de la culture « patient passif » et « patient partenaire et acteur » ;
- les outils de la qualité: gestion documentaire, audits cliniques, processus, résultats, logigrammes, tableaux de bord ;
- la communication ;
- les fondamentaux de la démarche d'accréditation ;
- la définition des rôles, des commissions diverses et des personnes engagées dans ce processus.

Cinquième étape : Bilan de l'existant.

Objectif : Rechercher l'efficience.

Le groupe de pilotage prépare une trame de questions adressée à chaque responsable de service lui demandant de lister ce qui existe dans son service en précisant les preuves sur lesquelles le groupe pourra s'appuyer en cas de recherche approfondie.

Repérer l'existant, les fondamentaux, les incontournables

- Existe-t-il une gestion documentaire structurée, formalisée, ordonnée, informatisée, charte graphique⁶² ?
- Existe-t-il une définition des profils, fiches de postes par catégorie professionnelles et postes de travail ?
- Existe-t-il une veille réglementaire⁶³ ?
- La réglementation, lois, décrets sont-ils appliqués au niveau des différentes directions : personnel, services financiers et économiques informatiques, logistiques.
- La sécurité élémentaire est-elle anticipée, organisée, connue : incendie, eau, gaz, électricité, alimentation, hygiène.
- La gestion des risques : les vigilances au sens large : identitovigilance, hémovigilance, alertes...

Etablir un tableau de bord par direction et mettre en évidence les points forts et les points qui nécessiteront un réajustement et/ou un travail de mise à niveau.

⁶² La charte graphique est un document de travail qui contient l'ensemble des règles fondamentales d'utilisation des signes graphiques qui constituent l'identité graphique d'une entreprise, c'est une présentation identique de tous les documents de travail (logo, date, références, validation...).

⁶³ Veille réglementaire : c'est un classement informatique de tous règlements ou décisions par les administrations (ministres, préfets, maires), la veille réglementaire s'inscrit dans le cadre de la veille juridique, c'est une aide pour identifier, traiter et diffuser rapidement toute nouvelle disposition juridique ou de droit.

Identifier les commissions, instances, groupes qui travaillent déjà sur certains sujets comme :

- la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico technique ;
- le CLUD : comité de lutte contre la douleur ;
- le CLAN : comité de liaison en alimentation et nutrition ;
- le CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales ;
- les groupes de réflexion interservices ;
- les différents groupes de syndicats ;
- le CHSCT : commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;
- la CRUCPQ : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Etablir une cartographie des travaux animés par ces différents groupes.

Identifier Les compétences internes : diplômés universitaires, licence, master, infirmières cliniciennes, spécialisées, sur lesquelles le groupe de pilotage pourra s'appuyer pour constituer un réseau de compétences.

Faire participer les médecins en leur demandant de rendre explicite l'organisation de leur service en leur fournissant une trame préétablie et de l'aide éventuelle. Les thèmes retenus peuvent être de cet ordre :

- le fonctionnement actuel des unités et les processus déjà en place ;
- le circuit du patient ;
- la continuité et la coordination des soins ;
- les outils de la prise en charge : dossier patient, de liaison informatique, prescriptions, médicaments ;
- les points forts de leurs unités ;
- les difficultés rencontrées.

Impliquer les professionnels de tous services : Infirmières, paramédicaux, hôtellerie en leur demandant de rendre explicite l'organisation de leur service en leur fournissant une trame préétablie et de l'aide éventuelle. Les thèmes retenus peuvent être de cet ordre :

- décrire le fonctionnement actuel ;
- le circuit du patient ;
- la continuité et la coordination des soins ;
- les outils de la prise en charge du patient ;
- les interruptions de tâches ;
- les points forts ;
- les difficultés rencontrées.

Impliquer les usagers :

- organiser des groupes de paroles avec les représentants des associations ;
- analyser le tableau de bord des plaintes et réclamations et les actions d'amélioration mises en place.

A l'issue de ce travail de recherche et d'analyse de l'existant établir une cartographie générale sur les points forts et ceux qui nécessiteront un travail de fond.

Cette connaissance du milieu met en évidence :

- les leviers sur lesquels le groupe de pilotage peut s'appuyer ;
- les dysfonctionnements pour lesquels des solutions seront recherchées en groupe interdisciplinaire.

Il paraît qu'il y a un choc de la réalité entre l'enthousiasme de s'engager dans ce mouvement puis après l'auto-évaluation la réalité du travail à accomplir pour répondre aux conditions du manuel ? Est-ce que cela vous est arrivé ? Voulez-vous expliquer ce choc de réalité ?

OUI, ce choc de réalité est réel et s'explique à partir de raisons multifactorielles.

C'est une démarche nouvelle qui s'intéresse au travail fourni par les professionnels. Lors de la première visite, lorsque les professionnels ont eu le manuel en main pour se préparer, ils le parcourent rapidement et constatent que de nombreux points les intéressent car ils interrogent leur pratique quotidienne et mettent en évidence certains dysfonctionnements : circuit des patients, matériel inadapté, communication, interruption de tâches, glissement de fonction...

Un certain enthousiasme naît de l'idée de collaborer à une démarche pluridisciplinaire et transversale qui met en évidence le travail des soignants, développe la connaissance de ce qui se fait dans les autres services et fait progresser les échanges interdisciplinaires.

A ce niveau de réflexion les professionnels n'envisagent pas la question du temps passé, ni les résultats aléatoires, ni les points négatifs et encore moins la somme de travail qu'il faudra envisager pour la mise en conformité du manuel.

Généralement le responsable qualité organise des groupes en fonction des différents chapitres et thèmes. Le groupe comprend un animateur et des représentants de chaque service. L'animateur coordonne l'ensemble du thème et rédige les synthèses des groupes. Les représentants des services répondent aux questions du manuel et doivent fournir la preuve de ce qu'ils ont énoncés.

C'est à ce niveau que la motivation commence à diminuer car il y a souvent un fossé entre la pratique réalisée à partir de la tradition orale et/ou la coutume et la pratique souhaitée à partir d'une trace écrite, élaborée et structurée comprenant les protocoles, procédures et les processus. La recherche de preuve est souvent laborieuse, fastidieuse et entraîne une baisse d'enthousiasme. Les professionnels prennent conscience que la tradition basée sur l'oral ne suffit pas et qu'il faudrait passer à l'écrit.

Même si les professionnels reconnaissent que l'accréditation a apporté de nombreux points positifs en termes d'amélioration des circuits, d'acquisition de matériel, d'organisation...le temps passé à l'auto évaluation vient diminuer les aspects positifs. Le temps d'auto évaluation s'étale souvent sur une période de quatre à six mois. Six mois pendant lesquels les professionnels ont le sentiment d'y passer beaucoup de temps au détriment du reste de leurs activités.

Des audits se multiplient, les professionnels ont des difficultés à comprendre les liens entre tout ce qui est fait, la communication serait à développer sur la finalité des démarches.

C'est un travail colossal, surtout pour les deux premières visites et les professionnels baissent les bras dès que la visite d'accréditation est passée. Ils ont le sentiment de travailler très fort sur le manuel, les six mois qui précèdent la visite d'accréditation puis de reprendre le cours de leurs activités. Cet état de fait entraîne une perte de sens, l'accréditation est alors vécue comme une contrainte supplémentaire. Ce constat d'effet soufflé est mentionné par l'HAS et plusieurs études en montrent les limites. C'est pourquoi après plusieurs évaluations « retour d'expérience » les concepteurs développent d'autres thématiques plus en lien avec la démarche qualité, les processus, l'évolution et la simplification des méthodes de visite⁶⁴ tout en réaffirmant le principe de gestion des risques.

Quels sont les conseils à donner aux hôpitaux qui ne se sont pas encore décidés à se lancer dans l'accréditation mais qui s'y intéressent ?

Actuellement les concepteurs de la démarche d'accréditation sont conscients de la lourdeur du système et travaillent à une simplification et une évolution de la visite, tout en développant de nouvelles thématiques porteuses de sens comme les audits de processus, patient traceur, les équipes entraînées, le compte qualité, le DPC^{65, 66}...

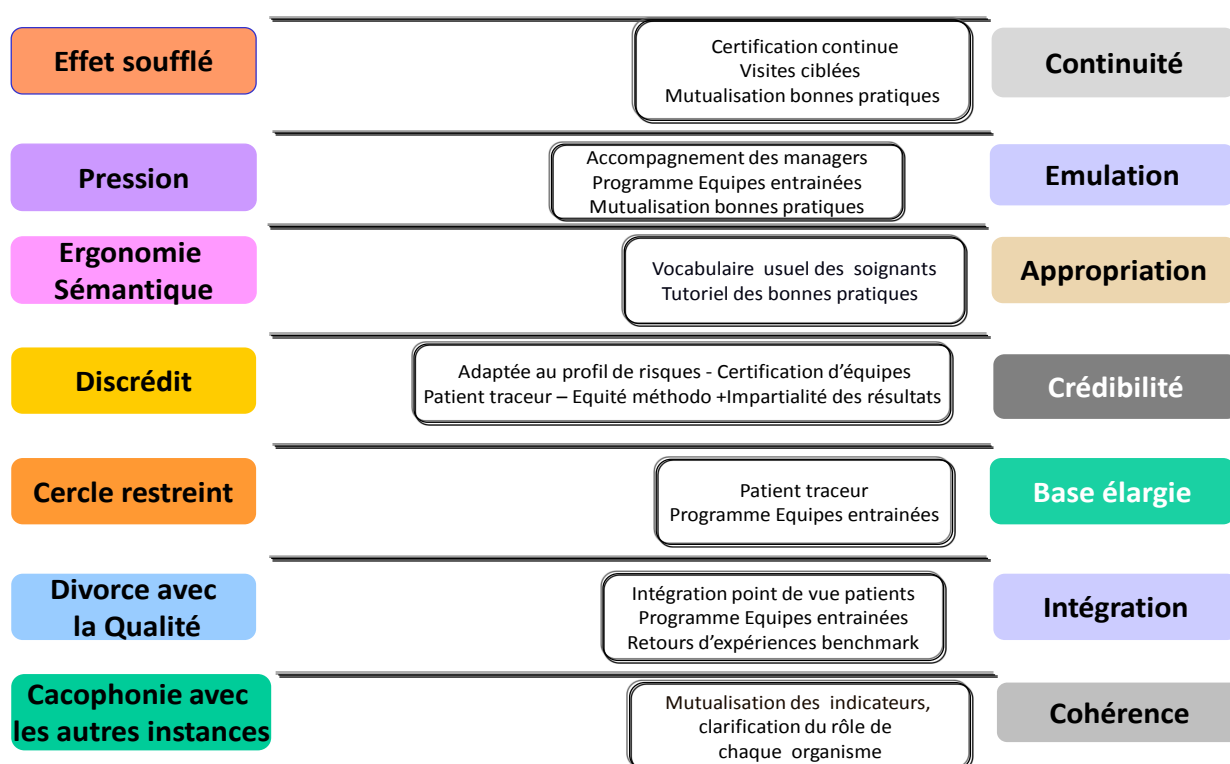
⁶⁴ Thomas LE LUDEC Directeur délégué Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins. Haute Autorité de Santé. Exposé à la Région Wallonne, Namur, Vendredi 26 octobre 2012.

⁶⁵ DPC : Développement professionnel continu.

⁶⁶ DPC : http://www.anfh.fr/etablissements?user_type=2.

En effet, le schéma suivant met en évidence les solutions proposées (colonne du milieu) face aux difficultés rencontrées au cours de ces douze années (colonne de gauche) et les objectifs recherchés (colonne de droite)^{67,68}.

Figure 20 – Etude IPSOS 2011 : confirmation du souhait de synchroniser certification et démarches qualité des établissements



Désormais les établissements qui ne sont pas encore décidés mais qui s'intéressent à la procédure d'accréditation ne sont pas tenus de reprendre la méthodologie d'origine. Ils peuvent moyennant un certain nombre de pré-requis aller tout de suite vers la nouvelle et 4^{ème} procédure.

⁶⁷ LE LUDEC, T. Orientation stratégique et projet d'évolution de la certification, Table ronde 1, Certification des établissements de santé et nouvelles méthodes de visite, HAS 2012 Rencontres régionales 13 décembre 2012 Lille.

⁶⁸ BERARD, F. Le bilan de 12 années de certification fondement de sa réforme, Table ronde 1, Certification des établissements de santé et nouvelles méthodes de visite, HAS 2012 Rencontres régionales 13 décembre Lille.

Celle-ci porte sur : « un processus de certification plus continu, personnalisé par établissement en fonction des enjeux et des risques. Une certification efficiente optimisant la charge de travail de l'établissement, une articulation de la certification et du management de la qualité, une évaluation de la réalité de l'activité de prise en charge, une valorisation des réalisations de l'établissement, la conservation du le même manuel jusqu'à l'horizon 2018 »^{69, 70}.

La procédure de certification française évolue vers une évaluation de ce qui fait le cœur du travail des professionnels de soins, à savoir la prise en charge du patient.

Alors... comment se lancer dans l'accréditation pour que ce soit un plaisir et non une contrainte ?

- Prendre connaissance des derniers articles et publications de l'HAS sur l'évolution de la procédure.
- Eviter le surinvestissement exigé par les manuels V1 et V2 et passer directement à la procédure V4.
- Prendre connaissance des évolutions phares qui sont :
 - l'analyse des processus, complétée par la méthode du patient traceur ;
 - les équipes entraînées ;
 - le compte qualité ;
 - et maintenant un concept tout nouveau au service de l'amélioration continue de la qualité-gestion des risques et indirectement de la procédure d'accréditation : « le développement professionnel continu ».

Une des évolutions phare concerne le concept de « patient traceur » Cette méthode d'investigation est adoptée également par les autres organismes d'accréditation. Elle a été expérimentée dans 8 établissements de santé en France.

⁶⁹ LE LUDEC, T. Certification vers une 4^e version plus proche des attentes patients et des pratiques professionnelles. Revue Hospitalière de France, N° 548, sept-oct.

⁷⁰ LE LUDEC, T. Orientation stratégique et projet d'évolution de la certification, Table ronde 1, Certification des établissements de santé et nouvelles méthodes de visite, HAS 2012 Rencontres régionales 13 décembre 2012, Lille.

Qu'est-ce que le patient traceur ?

« L'objectif est d'évaluer au travers de l'expérience de soins d'un patient les modalités de sa prise en charge et donc les processus et les organisations qui s'y rattachent. Cette méthode place le regard des experts-visiteurs au cœur des parcours de soins, au contact des équipes au sein des unités de soins. Elle complète les audits de processus⁷¹ ou conduit à en réaliser à partir des constats effectués.

La méthode ne consiste pas à évaluer la pertinence des stratégies diagnostiques ou thérapeutiques⁷² ».

Qu'est-ce que le concept d'équipe entraînées :

L'objectif est de mobiliser le milieu professionnel. D'après Thomas Le Ludec « Le « déclic » permettant à une équipe de prendre conscience qu'il y a un moyen de faire quelque chose en commun pour renforcer l'efficacité au service du patient est un moment précieux. Les méthodes et outils proposés par les professionnels avec l'appui de la HAS sont des véhicules possibles pour « faire équipe ». Il s'agit de renforcer un mouvement de co-construction d'un système de reconnaissance des équipes entraînées aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité ».

Qu'est-ce que le compte qualité ?

Il n'y aura plus à terme de surinvestissement tous les 4 ans dans une autoévaluation. A partir de 2015 la « porte d'entrée » dans la démarche sera le « compte qualité ».

Ce « compte qualité » contribuera à réunir dans un même document les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification et le programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques d'un établissement.

Un nouvel outil se met en place actuellement pour contribuer à alimenter ce compte qualité et c'est : « le développement professionnel continu » ou DPC rendu obligatoire pour tous les professionnels depuis janvier 2013.

⁷¹ Méthode d'investigation qui consiste à investiguer l'organisation d'un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de son efficacité (exemple : processus de prise en charge de la douleur). http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1231981/fr/la-methode-du-patient-traceur, consulté Le 5 juillet 2013.

⁷² Isabelle Rullon, chef de projet – Service développement de la certification et Bruno Lucet, adjoint au chef de service – Service certification des établissements de santé. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1231981/fr/la-methode-du-patient-traceur, consulté le 5 juillet 2013.

Qu'est-ce que le DPC ou développement professionnel continu⁷³ ?

La certification des établissements est un des premiers leviers mis en place pour l'amélioration de la qualité des soins. Des lois, décrets et arrêtés ont complété le dispositif en visant les professionnels de santé eux-mêmes et leurs pratiques. C'est-à-dire l'obligation de formation professionnelle continue et, pour les médecins, l'évaluation de leur pratiques. Depuis 2012 tous les professionnels de santé sont concernés par le nouveau concept de « DPC » qui associe « évaluation des pratiques professionnelles et formation ».

Cinq objectifs pour le DPC

1. Etre conforme aux priorités de santé publique nationale et régionales.
2. Comporter des méthodes et modalités validées par l'HAS.
3. Comprendre un programme avec trois étapes :
 - a) l'analyse des pratiques professionnelles existantes ;
 - b) l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances à partir de pratiques recommandées ;
 - c) le suivi des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.
4. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé publique.
5. Répondre à un caractère obligatoire de formation continue.

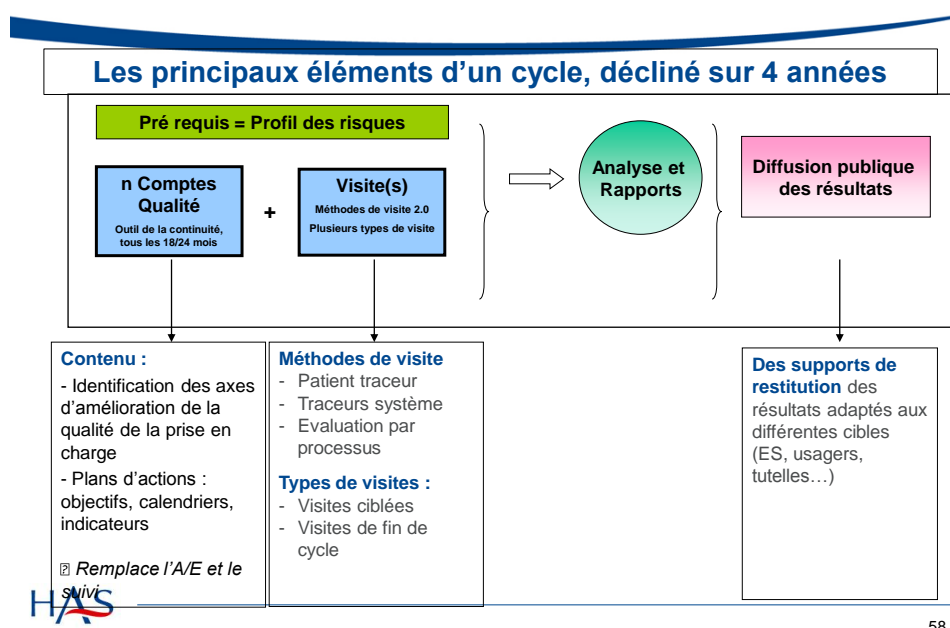
⁷³ Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 suivie des décrets d'application de décembre 2011 à décembre 2012.

Ce dispositif doit permettre de :

- **simplifier et rassembler** les anciens dispositifs de formation des professionnels ;
- **décloisonner et encourager** le travail interprofessionnel par des programmes transversaux ;
- **développer** des coopérations interprofessionnelles ;
- **prioriser** la gestion de la qualité et de la sécurité des soins ;
- **intégrer** des dispositifs au cœur de la pratique ;
- **favoriser** une démarche réflexive et de jugement clinique ;
- **renforcer les synergies existantes** : direction générale, direction qualité, médicale et de soins ;
- **intégrer le DPC** dans les démarches qualité et gestion des risques ;
- **recenser les actions** de formation et d'analyse des pratiques de l'établissement.

Ce schéma synthétise la nouvelle démarche.

Figure 21 – les principaux éléments d'un cycle de certification décliné sur 4 axes – proposition de schématisation



58

En conclusion si un établissement souhaite s'engager dans une procédure d'accréditation sa charge de travail sera considérablement diminuée en termes de documents à renseigner et par la même un gain de temps⁷⁴, la procédure 2014 étant développée autour de la qualité de prise en charge du patient dans une logique de soins.

Quels sont les facteurs de succès essentiels pour se préparer à l'accréditation ?

Les facteurs de succès sont ceux qui ont été nommés dans les pré-requis, et complétés dans la 3^e question. Si l'établissement adopte directement la 4^{ème} procédure la démarche sera simplifiée. La nouvelle procédure est susceptible d'entraîner une dynamique et une adhésion plus profonde et plus rapide chez les professionnels car la nouvelle procédure :

- fait appel au « cœur de métier » ;
- associe les équipes pluridisciplinaires ;
- fait le lien avec la démarche qualité et la gestion des risques ;
- est complétée par un dispositif de formation continue obligatoire, en lien avec les méthodes HAS et recommandations nationales de santé publique.

Synthèse des facteurs de succès

Le management des hommes :

- un top management convaincu, qui adhère et soutient ;
- des médecins qui mettent en œuvre, évaluent et réajustent ;
- une direction des soins qui motive, coordonne accompagne et valorise ;
- une équipe de techniciens de la qualité-gestion des risques entraînée ;
- un encadrement leadership qui écoute, entraîne et encadre les équipes ;
- des équipes formées, entraînées composée de référents moteurs au plus près du terrain.

⁷⁴ Affirmation confirmée par un ingénieur qualité Nadia Dubois en charge de la V4 sur le Centre hospitalier PSSL de Sablé sur Sarthe. 4 Juillet 2013.

La définition d'une politique :

- claire et partagée ;
- la recherche de compétences en fonction des spécificités de l'établissement ;
- un slogan ou fil conducteur partagé par tous ;
- un sens de la délégation contrôlée.

La définition d'une méthodologie rigoureuse en termes :

- de définition d'objectifs, validés et partagés ;
- d'intégration à l'exercice quotidien, facile à mettre en place et à évaluer ;
- d'efficacité, de faisabilité, porteuse de sens ;
- de communication de haut en bas, de bas en haut et en transversal.

La recherche de l'efficience :

- lecture des dernières recherches et publications en la matière ;
- analyse de l'existant basée sur une démarche transversale ;
- identifier et cerner les pré-requis.

Conclusion

Ces facteurs de réussite sont à intégrer dans une dynamique globale d'établissement favorisant la communication, la motivation, la pertinence des actions, la valorisation des métiers et des compétences, l'innovation et la créativité,... tout cela me semble indispensable.

Diagramme 1 - Recommandations en 5 catégories

DIAGRAMME DES AFFINITES

QUELLES RECOMMANDATIONS FORMULER AUX DIRECTIONS DES HOPITAUX POUR CREER 1 ENVIRONNEMENT FAVORABLE A L'ACCREDITATION

LES PRE-REQUIS (1)

LE PROJET EST PORTE PAR LA DIRECTION (2)

IL EXISTE UNE STRUCTURE DE PROJET ACCREDITATION (3)

LA DIRECTION ALLOUE DES RESSOURCES (4)

IL EXISTE UN PLAN DE COMMUNICATION TOUCHANT CHAQUE COLLABORATEUR (5)

MEMBRES DE FOCUS GROUP:
Dr. Jean Bury - Santhea
Guy Clynckemaillie - CHwapi,
Jean-François Dasnoy - CHU Tivoli
Patrick Figue - CHUPMB
Christian Franckart - CH Peltzer-La-Tourelle
Patricia Di Giandomenico - VIVALIA
Amélie Goossens - Santhea
Denis Herbaux - Santhea
Jacques Laballue - CHR de la Citadelle
Joëlle Leemans - CHU Tivoli
Dr. Chantal Lerminiaux - HUDERF
Dr Anne-Dominique Petit - CHR Haute-Senne
Jean Tomas - CHR Huy
Olivier Vandenplas - Les Marronniers
Dr. Dominique Voituren - Les Marronniers

ANIMATEURS:
DOMINIQUE GAINVORSTE, AGNES JACQUERYE

FOCUS GROUP - 11 JUIN 2013 - SANTHEA - NAMUR

Diagramme 2 - Les pré-requis

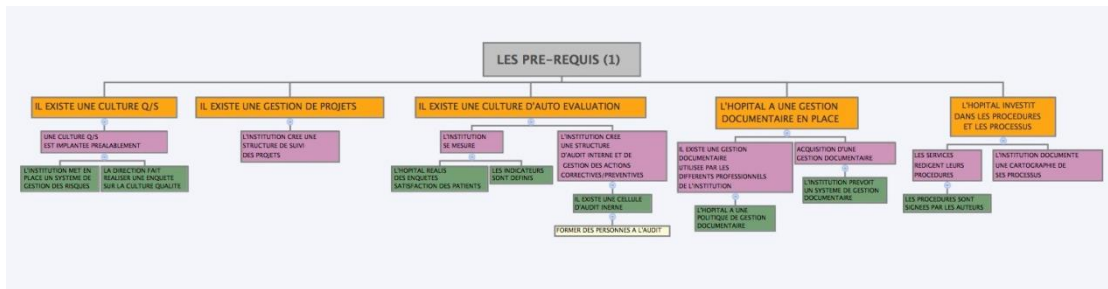


Diagramme 3 - La direction porteuse du projet accréditation

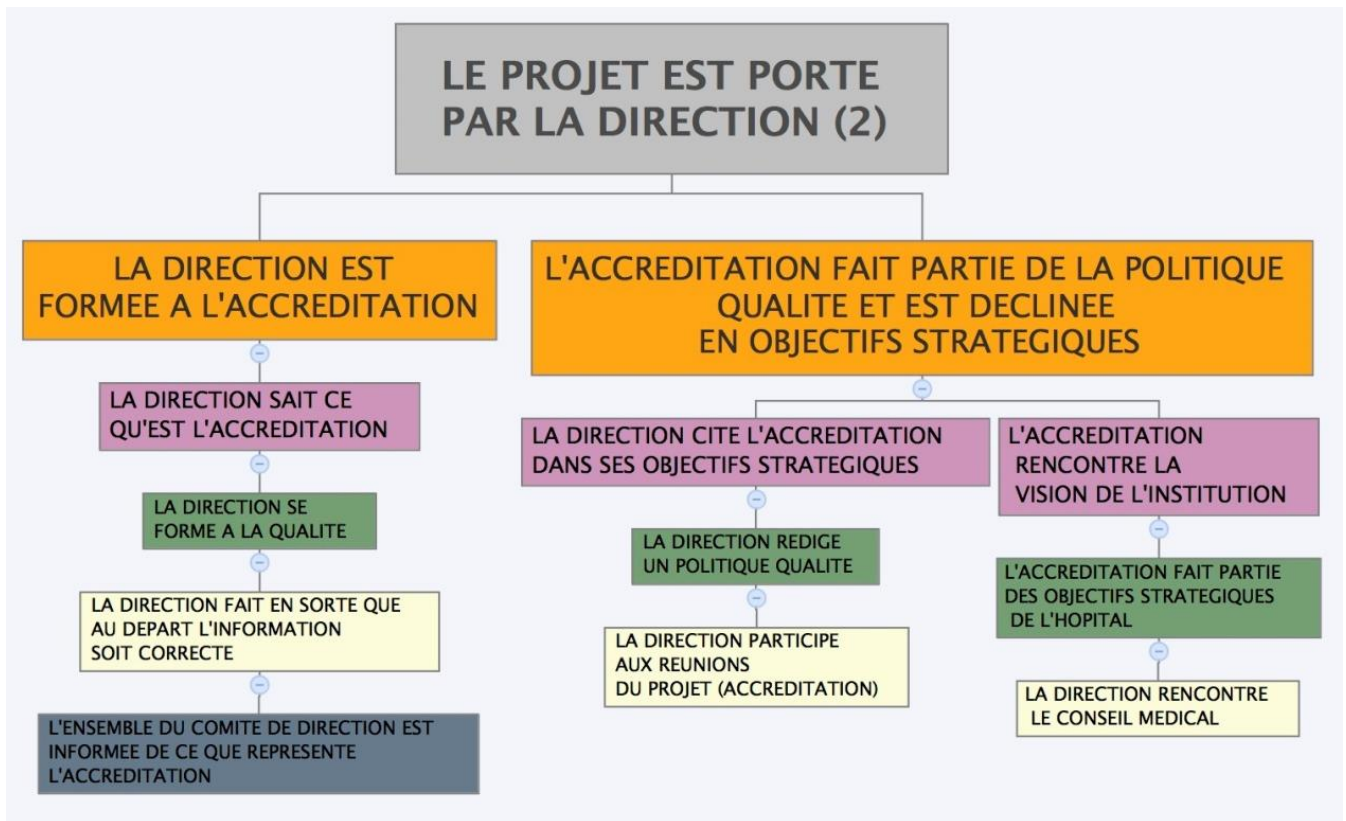


Diagramme 4 - Une structure de projet accreditation

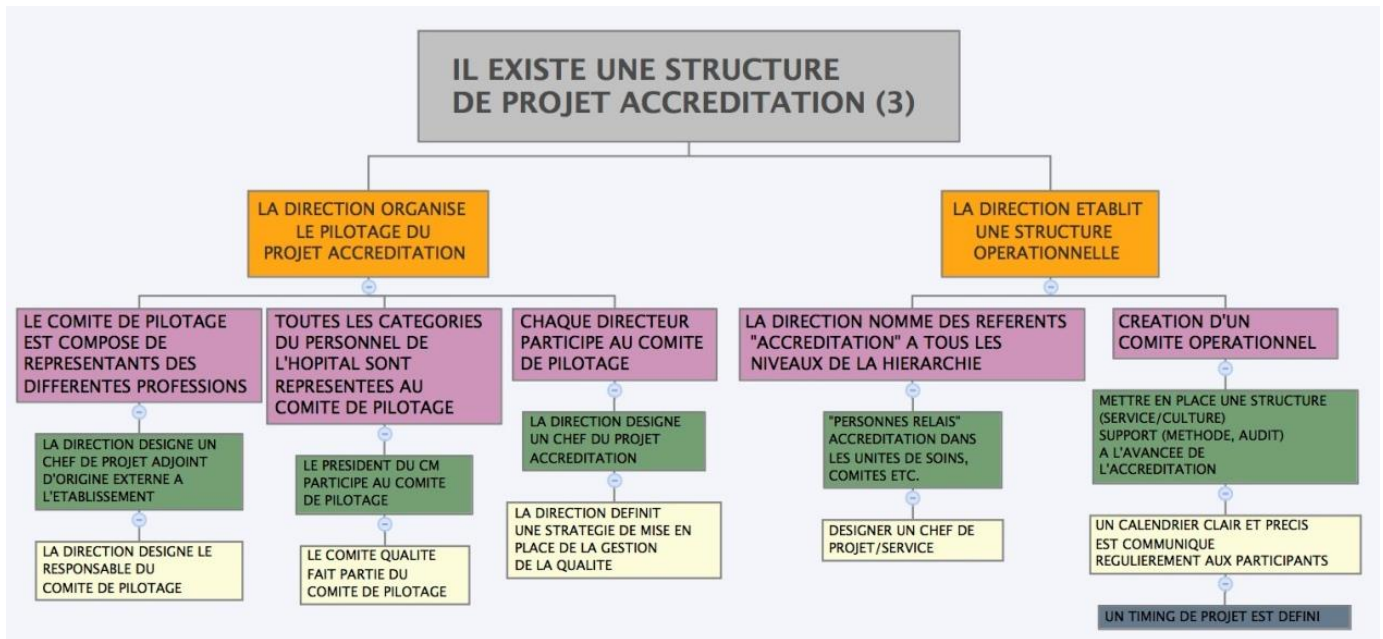


Diagramme 5 - L'allocation des ressources

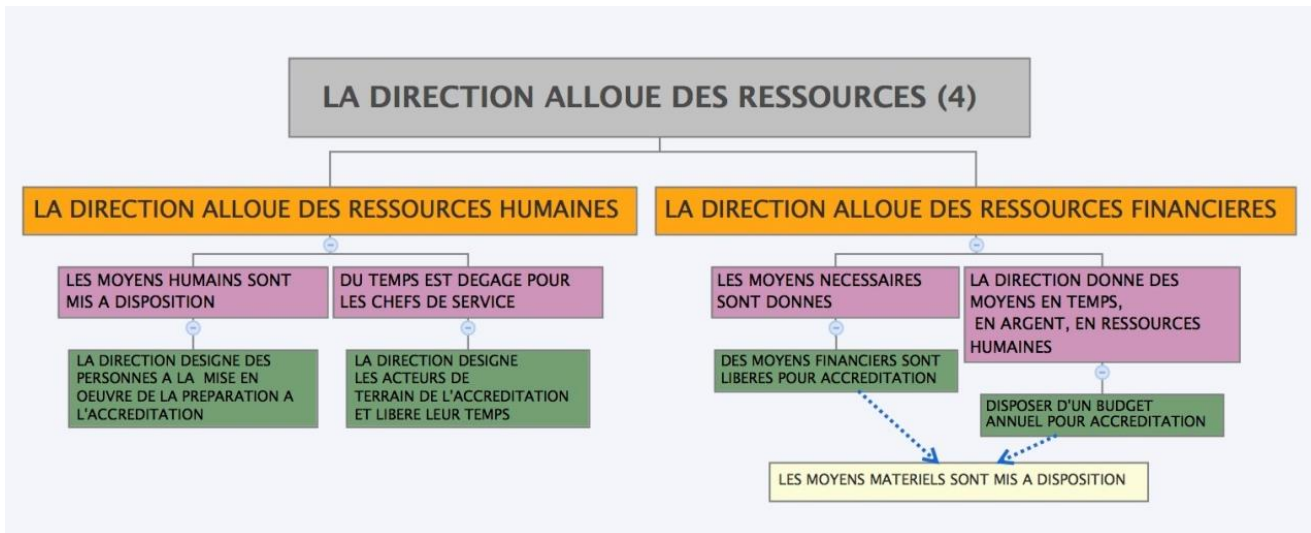
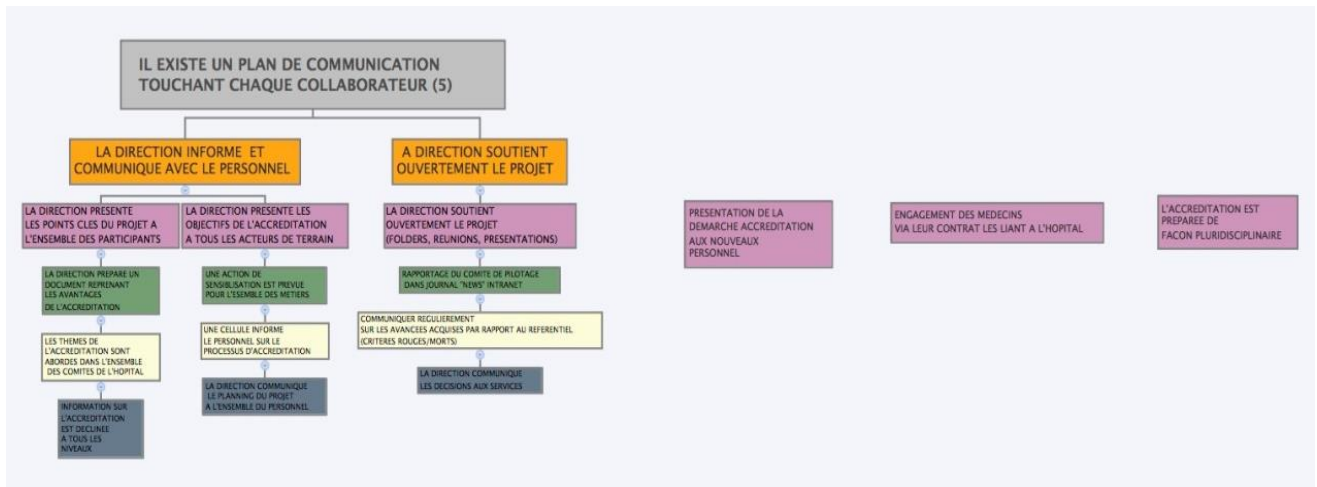


Diagramme 6 – Le plan de communication



CHAPITRE VI – COMMENT CRÉER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À L'ACCREDITATION ? PROPOSITIONS

1. INTRODUCTION

Dans le chapitre précédent, les débutants, les compétents et les experts contactés ont mis en évidence l'importance de consacrer du temps à se familiariser à l'accréditation, à en parler et à en discuter, avant même de s'engager avec un organisme d'accréditation.

L'accréditation provoque en effet, un changement organisationnel modifiant la culture d'entreprise existante, les comportements et les pratiques de façon durable. Conduire un projet de changement représente toujours un exercice difficile pour les dirigeants qui sont amenés à choisir ainsi qu'à élaborer des stratégies et des démarches susceptibles de maximiser leurs chances de succès.

Alors, comment assurer cette nouvelle culture d'accréditation dans les meilleures conditions ?

Pour répondre à cette question, il nous a paru intéressant de relever dans la littérature, le modèle de conduite de changement le plus approprié à l'accréditation et les éléments clés de motivation des professionnels leur permettant d'adhérer à la démarche d'accréditation des établissements de santé. Ces données de la littérature nous permettent de présenter au lecteur les arguments sur lesquels reposent nos propositions de rencontres exposées plus loin.

1.1. Conduite du changement organisationnel

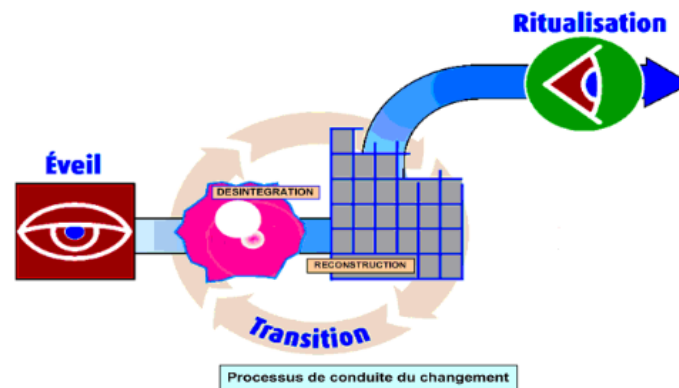
Collerette et al. (2006)⁷⁵, consultants renommés en projets de changement, confirment la nécessité de cette période de réflexion et la dénomment la **phase d'éveil**. Elle permet d'accepter la situation et de faciliter le changement plutôt que de lui résister. Pour ces auteurs⁷⁶, cela suppose des échanges entre acteurs pour mener à une acceptation collective des nouvelles pratiques. Il s'agit d'une période de remise en question où l'on soupèse les avantages et désavantages du changement promu en vue de prendre position. En effet, cette période d'éveil permet à chacun de se questionner sur la pertinence de s'engager ou non dans l'accréditation. Cette période engendre un climat où toutes les

⁷⁵ Collerette et al. Le changement organisationnel. Presses Universitaires, Québec, 1997.

⁷⁶ http://www.memoireonline.com/09/12/6111/m_Processus-de-conduite-du-changement-au-sein-de-la-communaute-portuaire-de-Douala-application-au-gu14.html. Dernière consultation 5 août 2013.

chances sont mises en place pour que le bilan soit positif. Faire l'économie de cette période engendre un climat d'avis mitigés ou négatifs, passant à la résistance, à la résignation voire au refus.

Figure 22 - Phases du processus de conduite du changement organisationnel



Source : COLLERETTE et al. (2003, p.60)

Vient ensuite la phase de **transition**. Elle correspond à la période où les professionnels doivent abandonner les pratiques en vigueur, pour s'en apprivoiser d'autres. C'est une période comprise entre les anciens automatismes qui n'ont plus leur place, et les nouveaux qui ne sont pas encore acquis. Ce passage vers de nouveaux automatismes active deux processus interdépendants :

- **une désintégration** qui correspond à un processus progressif consistant à déterminer les aspects jugés non adaptés du système. Les anciennes habitudes s'estompent laissant place aux nouvelles pratiques ;
- **une reconstruction**: au fur et à mesure que la désintégration s'effectue, engendrant des vides fonctionnels, le système se met à la recherche de nouvelles bases, de nouvelles pratiques pouvant l'aider à agir efficacement face aux situations de son environnement. Ces nouvelles pratiques peuvent être proposées ou inventées.

Tant sur le plan individuel que sur le plan collectif et organisationnel, **la transition** est une période souvent marquée par les flottements, de l'ambiguïté, de la turbulence, des tensions, des conflits, des paradoxes, du désordre, du mécontentement, de l'inefficacité et une vulnérabilité de l'entreprise. Pour contrer ces risques, il faut se doter d'un système de pilotage méthodique comportant des mesures d'exception qui, pour garder le cap, serviront à :

- limiter la fatigue;
- réduire les sources de confusion et d'angoisse et éviter les expériences d'échec.

Voilà pourquoi cette période exige généralement beaucoup d'investissement de la part des dirigeants.

La ritualisation est la troisième phase au cours de laquelle les nouvelles pratiques commencent à se stabiliser, les doléances s'apaisent, les individus développent graduellement les automatismes et retrouvent un niveau d'efficacité plus élevé. L'enjeu ne se situe pas entre les anciennes et les nouvelles pratiques, mais plutôt dans la recherche d'un état d'équilibre, d'harmonie pour éviter que l'entreprise se retrouve dans une situation inconfortable.

Telles que présentées, ces phases s'appliquent parfaitement à la venue de l'accréditation. Elles s'étalent progressivement dans le temps et suivant cet ordre parce que ce serait une erreur de stratégie de parler, par exemple de la transition, si l'éveil ne s'est pas encore réalisé. C'est elle, en effet, qui permet de remettre en cause l'ancien système, d'identifier les problèmes et leurs symptômes avant d'entamer le processus de la transition.

La phase d'éveil est donc cruciale pour la réussite du changement. Elle s'adresse tant à la direction, qu'aux cadres et aux professionnels de terrain, **tous devant passer par cette même phase** pour faciliter le changement.

1.2. Eléments clés de motivation des professionnels leur permettant d'adhérer à la démarche d'accréditation des établissements de santé

Au-delà du cadre légal et réglementaire, comme nous le confirment les auteurs précédents, le facteur humain est donc un facteur essentiel à considérer lors de l'introduction d'une nouvelle démarche à l'échelle institutionnelle.

Considérant le rôle primordial de ce facteur humain, certains auteurs qualifient les professionnels de la santé de véritable « *moteur de la mutation des hôpitaux* »⁷⁷ tout en considérant leur vulnérabilité⁷⁸.

⁷⁷ Peljak D. La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXe siècle. *Gestion* 2002 ; 3(27) : 134-41 (DOI : 10.3917/riges.273.0134).

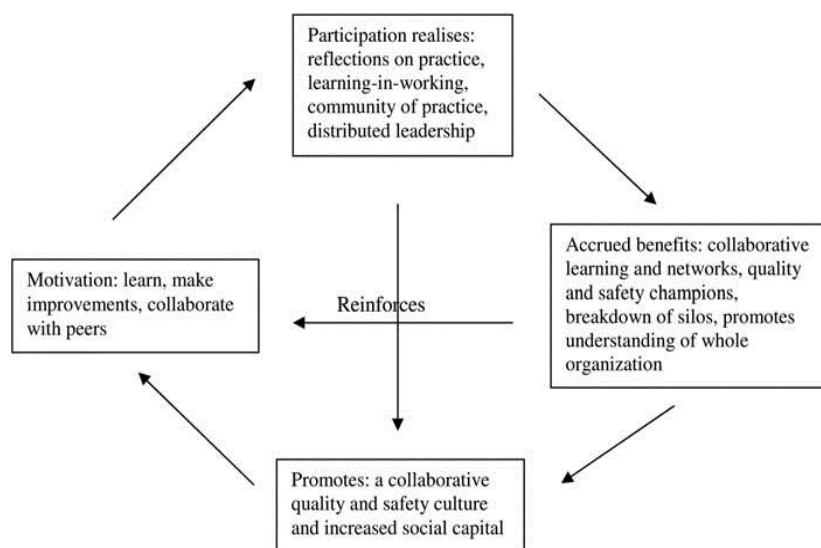
⁷⁸ Tauzia N. La qualité sans l'humain in Gallut X et Qribi A : La démarche qualité dans le champ médico-social ERES. L'éducation spécialisée au quotidien 2010: 111-28 (in Lecocq, 2013).

Que peut-on en dire pour l'accréditation ? Dans le cadre de son travail de fin d'études du Certificat en management des Institutions de Soins, Dan Lecocq relève l'ensemble des points suivants⁷⁹.

Outre les connaissances théoriques - que savent les personnels hospitaliers de l'accréditation ? Que croient-ils savoir ? - il est fondamental dans ce cadre de comprendre **quels sentiments** leur inspire cette démarche en vue **d'emporter leur adhésion pour garantir leur participation et bénéficier de leur engagement**⁸⁰.

Des auteurs ont travaillé sur la dimension spécifique de la motivation des professionnels à adhérer à la démarche d'accréditation des établissements de santé et ont développé des modèles en la matière tels que celui de Greenfield et al (Figure n°23)⁸¹.

Figure 23 - Ce qui motive les professionnels à adhérer à la démarche d'accréditation des établissements de santé



Il convient en effet de s'appuyer sur les perceptions des différents professionnels de terrain pour faire émerger un sens à la qualité, et passer de l'incantation managériale à une traduction

⁷⁹ Lecocq, D. Exploration du ressenti d'un groupe de professionnels de santé à propos de l'accréditation des établissements hospitaliers. CIMQES, ESP ULB FSP, UCL, septembre 2013. Soumis pour publication.

⁸⁰ Gentile S et al. Connaissances sur l'accréditation acquises par le personnel des Hôpitaux de Marseille. Santé Publique 2002; 3(14) : 243-52 (DOI : 10.3917/spub.023.0243) (in Lecocq, 2013).

⁸¹ Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations? International Journal for Quality in Health Care 2011; 23(1): 8-14 (10.1093/intqhc/mzq069 Advance Access Publication: 16 November 2010) (in Lecocq, 2013).

professionnelle. C'est un exercice difficile, notamment à cause de la définition plurielle de la qualité⁸².

Parallèlement, l'accréditation est également au **carrefour de trois problématiques « gestionnaires »**, la gestion interne des établissements, l'évaluation de la performance et la régulation des hôpitaux⁸³.

Enfin, des travaux de sociologie et de gestion sur l'hôpital ont montré que coexistaient au sein des établissements **trois sphères professionnelles** : administrative, médicale et paramédicale. Chaque sphère a un discours type structuré autour de mots-clés : la conformité réglementaire, la maîtrise et l'optimisation des ressources pour la sphère administrative, la qualité, la sécurité et l'autonomie professionnelle pour la sphère médicale et enfin, la qualité des soins et la prise en charge différenciée des patients pour la sphère paramédicale⁸⁴. Chacune de ces trois sphères réagit différemment face à l'accréditation, la sphère paramédicale étant a priori la plus positive par rapport à la démarche et la sphère médicale exprimant le plus de réserves⁸⁵.

Le vécu des uns et des autres dans le cadre de l'accréditation est donc susceptible d'être fort différent.

Au travers de l'accréditation, tous les professionnels sont placés au cœur d'une démarche susceptible d'une part de « déstructurer » et « restructurer » l'activité hospitalière si nous considérons le plan institutionnel, d'autre part de provoquer un processus de « *décadage-recadrage* » au niveau individuel (Figure n°24)⁸⁶.

Ce bouleversement est potentiellement anxiogène s'il n'est pas accompagné de formations adaptées. En l'absence de reconnaissance, d'autres stratégies défensives individuelles peuvent également se mettre en place au détriment de l'intégrité de l'organisation du travail⁸⁷.

⁸² Fraisse S et al. La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles. *Revue française de gestion* 2003; 5(146) : 155-66 (DOI : 10.3166/rfg.146.155-166) (in Lecocq, 2013).

⁸³ Minvielle E. De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé, le cas de la qualité hospitalière. *Revue française de gestion* 2003; 5(146) : 167-89 (DOI : 10.3166/rfg.146.167-189) (in Lecocq, 2013).

⁸⁴ de Pourville G, Tedesco J. La contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics. *Revue française de gestion* 2003; 5(146) : 205-18 (DOI : 10.3166/rfg.146.205-218) (in Lecocq, 2013).

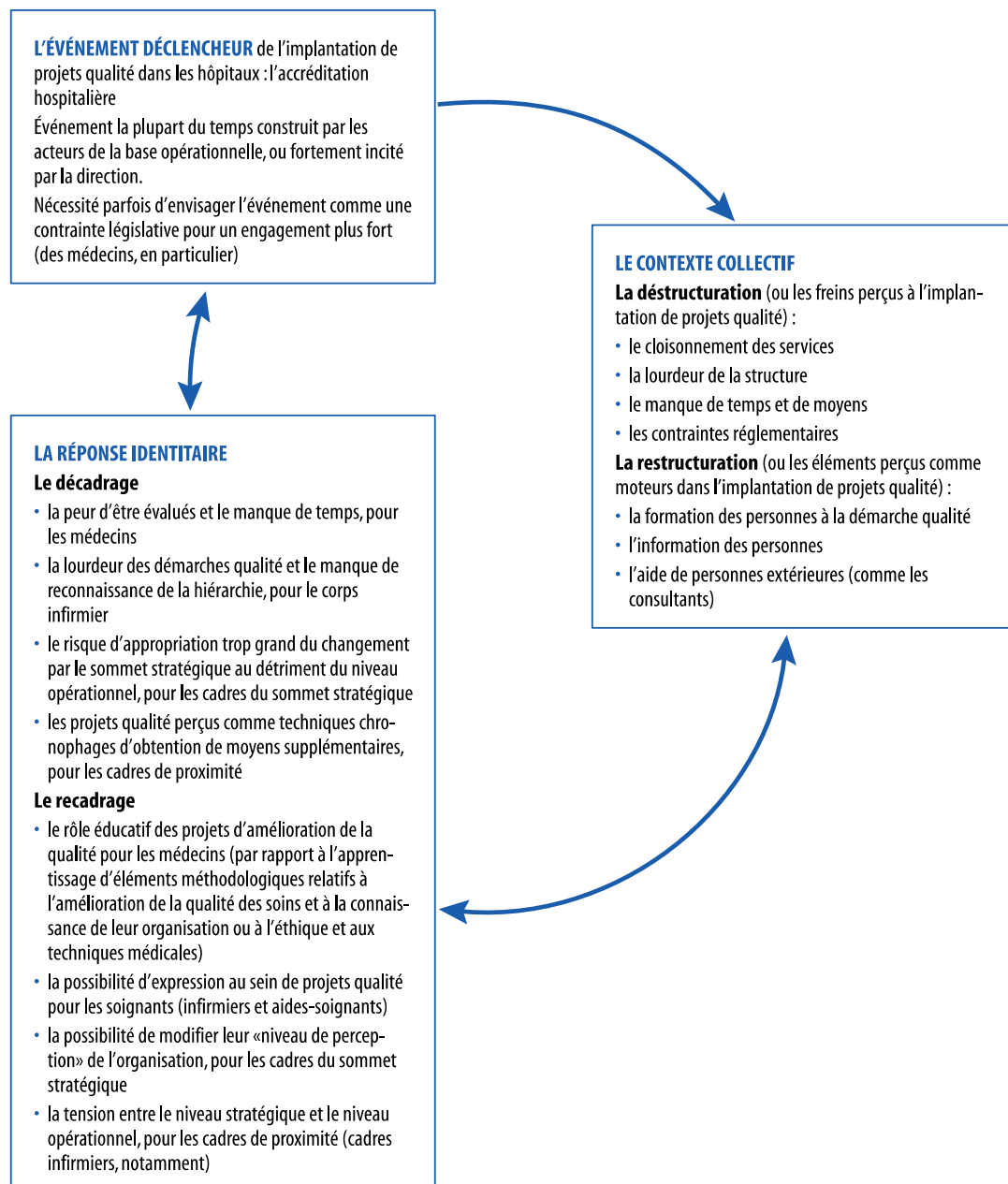
⁸⁵ Alkhenizan A, Shaw C. The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *J Family Community Med.* 2012; 19(2): 74–80 (doi: [10.4103/2230-8229.98281](https://doi.org/10.4103/2230-8229.98281)).

⁸⁶ Bayad M et al. Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France : les perceptions des acteurs. *Gestion* 2002; 3(27) : 100-12 (DOI : 10.3917/riges.273.0100) (in Lecocq, 2013).

⁸⁷ Piperini M-C. Psychodynamique de la démarche qualité à l'hôpital. *Connexions* 2006; 1(85) : 153-65 (DOI : 10.3917/cnx.085.0153) (in Lecocq, 2013).

L'accréditation peut être vécue comme paradoxale : l'acteur est soumis à une série de références de type bureaucratique et en même temps il est au cœur du processus de management participatif qu'implique une accréditation bien conduite⁸⁸.

Figure 24 - Changement organisationnel à travers la gestion par projet dans les hôpitaux : la perception des acteurs



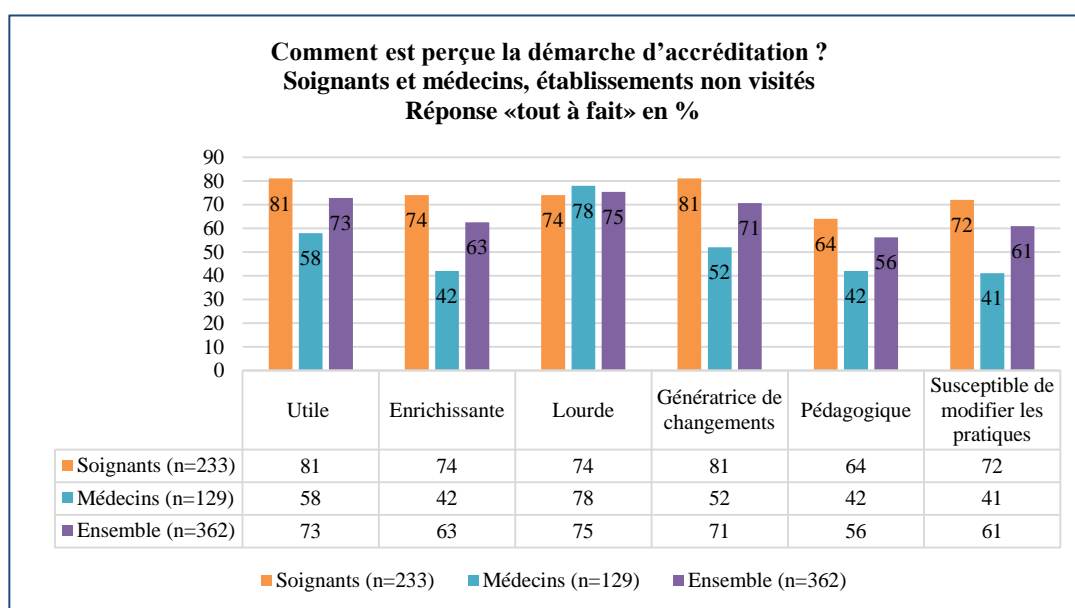
⁸⁸ Halgand N. L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement. Revue française de gestion 2003; 6(147) : 219-31 (DOI : 10.3166/rfg.147.219-231) (in Lecocq, 2013).

Plusieurs études à propos de **la perception des professionnels** ont été conduites en France lorsqu'en 2001 la décision a été prise d'organiser à l'échelle nationale l'accréditation des établissements de santé, des projets pilotes ayant été menés depuis 1996.

Une de ces études a été menée en 2002 à la demande de l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé^{89, 90} parmi 900 professionnels de santé (Figure n°25).

Elle a notamment montré que la démarche d'accréditation est perçue parmi les 362 membres du personnel soignant et médical dont l'établissement n'a pas encore été accrédité comme : utile, enrichissante, lourde, génératrice de changements, pédagogique, susceptible de modifier les pratiques, formelle, inquiétante.

Figure 25 - Comment est perçue la démarche d'accréditation – enquête ANAES 2002 (graphique réalisé d'après les données disponibles)



⁸⁹ ANAES. Dossier de presse : accréditation : finalité. Juin 2003 on http://www.vie-publique.fr/documents-vp/dossier_presse_accréditation.pdf, dernière consultation le 08/09/2013 (in Lecocq, 2013).

⁹⁰ Bruneau C., Obrecht O., Lachenaye-Llanas C. Le point sur l'accréditation - une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé. Gestions hospitalières 2003; janvier : 13-17 (in Lecocq, 2013).

Globalement positif, le regard des professionnels n'est pas exempt d'appréhension : ils expriment leurs craintes en particulier par rapport à la lourdeur et au formalisme de la tâche. L'exercice exploratoire mené en Belgique au début des années 2000⁹¹ (de Béthune, 2007) avait également permis de tirer cette conclusion. Ce constat est partagé par d'autres auteurs^{92, 93, 94, 95, 96}.

Quant aux bénéfices attendus de l'accréditation par l'ensemble des répondants, l'enquête de l'ANAES, sans entrer dans le détail, révèle dans l'ordre décroissant :

- l'amélioration du service rendu au patient et de meilleures façons de travailler ensemble ;
- la diminution du nombre des erreurs ;
- une amélioration des relations avec les usagers ;
- l'obtention d'un label, élément qu'on retrouve également dans la littérature⁹⁷.

La première de ces attentes est qualifiée d' « *éthique* » par certains auteurs : elle s'apparente à une recherche par les professionnels du sens de leur action, l'accréditation en tant que démarche d'amélioration de la qualité permettant potentiellement d'aboutir à une définition claire et « *balisée* » de la philosophie de soin à appliquer. A contrario, un risque identifié est que la normalisation des pratiques de soins conduise à une banalisation des actes posés où le patient est réifié et la dimension relationnelle du soin « *évacuée* ».

⁹¹ de Béthune X, Segouin C, Mertens R, Dusauchon T : Premiers pas de l'accréditation hospitalière en Belgique: l'évaluation d'un exercice exploratoire. *Journal d'économie médicale* 2007; 25: 4 (in Lecocq, 2013).

⁹² Bayad M et al. Les projets qualité dans les hôpitaux publics en France : les perceptions des acteurs. *Gestion* 2002; 3(27) : 100-12 (DOI : 10.3917/riges.273.0100) (in Lecocq, 2013).

⁹³ Lozeau Daniel. Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec. *Gestion*, 2002; 3(27) : 113-22 (DOI : 10.3917/riges.273.0113) (in Lecocq, 2013).

⁹⁴ Bréchat P-H et al. : Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. *Santé Publique* 2008; 6(20) : 611-621 (DOI : 10.3917/spub.086.0611) (in Lecocq, 2013).

⁹⁵ Sainsaulieu I. La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? *Revue française de sociologie* 2012; 3(53) : 461-92 (in Lecocq, 2013).

⁹⁶ Alkhenizan A, Shaw C. The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. *J Family Community Med.* 2012; 19(2): 74–80 (doi: [10.4103/2230-8229.98281](https://doi.org/10.4103/2230-8229.98281)) (in Lecocq, 2013).

⁹⁷ Lozeau Daniel. Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec. *Gestion*, 2002; 3(27) : 113-22 (DOI : 10.3917/riges.273.0113) (in Lecocq, 2013)

Humaniser la procédure d'accréditation apparaît donc comme un élément fondamental⁹⁸.

Plus généralement, la question du coût du rapport coût-bénéfice, que nous ne développons pas ici, entendu au sens plus large qu'un ratio économique^{99,100} est également une préoccupation des professionnels.

Une seconde enquête autour de la première procédure d'accréditation des établissements hospitaliers français¹⁰¹, étude dont les conclusions ont été présentées en 2003, confirme que globalement, l'accréditation est perçue par l'ensemble des acteurs hospitaliers comme contribuant à l'amélioration de la qualité en général.

Ce sentiment est partagé par une grande majorité des personnels, quels que soient leur catégorie professionnelle d'appartenance et le statut juridique de leur établissement, que l'établissement soit ou non accrédité : **85% des personnes rencontrées estiment que «l'accréditation contribue à l'amélioration de la qualité».**

Il apparaît donc que l'accréditation est perçue de façon positive par les professionnels de santé pour trois raisons principales :

- premièrement, elle est décrite comme un « **couperet mobilisateur** ». L'accréditation est présentée comme une contrainte de l'environnement qui était nécessaire pour motiver les personnels autour de l'objectif de la qualité. Elle favorise la prise de conscience de l'existence d'intérêts communs aux différentes sphères de l'établissement et est donc susceptible de constituer les fondations d'un consensus institutionnel¹⁰² ;

⁹⁸ Tauzia N. La qualité sans l'humain in Gallut X et Qribi A : La démarche qualité dans le champ médico-social ERES. L'éducation spécialisée au quotidien 2010: 111-28 (in Lecocq, 2013).

⁹⁹ Bréchat P-H et al. : Éléments pour un premier bilan et des perspectives du plan Hôpital 2007. Santé Publique 2008; 6(20) : 611-621 (DOI : 10.3917/spub.086.0611) (in Lecocq, 2013).

¹⁰⁰ Alkhenizan A, Shaw C. The attitude of health care professionals towards accreditation: A systematic review of the literature. J Family Community Med. 2012; 19(2): 74–80 (doi: [10.4103/2230-8229.98281](https://doi.org/10.4103/2230-8229.98281)) (in Lecocq, 2013).

¹⁰¹ Claveranne et al. Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé - Note de synthèse. République française - Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Avril 2003. On http://gestions-hospitalieres.fr/article.php?ref_article=1850, dernière consultation le 8/9/2013. (in Lecocq, 2013).

¹⁰² Halgand N. L'accréditation hospitalière : contrôle externe ou levier de changement. Revue française de gestion 2003; 6(147) : 219-31 (DOI : 10.3166/rfg.147.219-231) (in Lecocq, 2013).

- par ailleurs, les professionnels jugent l'accréditation positive également par le fait **qu'elle introduit de nouveaux comportements dans les établissements**. La mise en œuvre de démarches d'auto-évaluation est citée avant toute chose ;
- enfin, dans un troisième registre, certains professionnels mentionnent que l'accréditation, précisément du fait de ces échanges autour de problèmes rencontrés dans les situations de travail, permet **une reconnaissance mutuelle du travail réalisé par les uns et les autres**.

2. OBJECTIFS

Si investir dans une période suscitant l'éveil à l'accréditation se révèle donc indispensable, **l'objectif de ce chapitre est de présenter des pistes de mise en œuvre de cette phase d'éveil sur le terrain**. Si l'accréditation ne fait pas figure de drame ou d'incongruité mais est considérée comme un levier indispensable pour améliorer la qualité des soins et des services, le changement peut être considéré comme réussi et particulièrement, s'il implique et engendre un état d'esprit positif et constructif.

3. METHODOLOGIE

Pour présenter des pistes de mises en œuvre, nous nous sommes basés sur les avis des personnes contactées dans le cadre de ce travail qui rejoignent les avis d'auteurs dans la littérature concernant la résistance au changement^{103,104,105,106,107,108,109,110}. Nous nous sommes basés également sur les réflexions d'auteurs cités plus haut dont certains ayant vécu les premières expériences pilotes de l'accréditation française avant que l'accréditation ne soit obligatoire en France¹¹¹.

¹⁰³ Interview de P. Colletterte : <http://communicationorganisation.revues.org/538> 1er juin 2011 consultation le 5 août 2013.

¹⁰⁴ Colletterte, P., Schneider, R. et Legris, P. Iso Management Systems- janvier-février 2003 p56-64 http://w3.uqo.ca/collpi01/fr/gest_chang_part4.pdf consultation le 5 août 2013.

¹⁰⁵ D'Herbemont, O., César, B. La stratégie du projet latéral. Dunod, Paris, 1996.

¹⁰⁶ Euvrard, M. L'entreprise en mouvement, conduire et réussir le changement. CNAM, Paris, Cycle 1- développement des systèmes d'organisation, 2002-203 d'après Grouard, B. et Meston, F. (1998).

¹⁰⁷ Herreros, G., Milly, B. La démarche qualité: une dialectique difficile entre coopérations et procédures Risques et qualité, 2006, volume III, n°1, p 32-38.

¹⁰⁸ Crozier, M et Friedberg, E. L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective. Sociologie politique, Paris, 1977.

¹⁰⁹ Watzlawick, P. Une logique de la communication 1967, trad. fr. 1972, rééd. Seuil, coll. « Points essais », Paris 1979.

¹¹⁰ Nizard, G. L'hôpital en turbulence, Paris, 1994.

¹¹¹ Letreurtre, H et al. L'accréditation hospitalière. Gestion et services de soins. Berger-Levrault, Paris, 1996.

4. PISTES DE MISE EN ŒUVRE DE LA PERIODE D'VEIL

Nous proposons d'éveiller les professionnels à l'accréditation par la mise en place de rencontres selon une séquence et une déclinaison déterminées en fonction des publics cibles. Chacune de ces rencontres apporte à chacun un ensemble de connaissances et un espace de parole. Elles permettent également de se questionner sur la pertinence de s'engager ou non dans la démarche de l'accréditation. Nous proposons des rencontres d'abord destinées aux directions organisées à l'extérieur de l'hôpital et puis une déclinaison de rencontres à l'intérieur de chaque hôpital. Elles sont illustrées sous forme de schémas en fin de ce chapitre. La dernière présente le déroulement de ces rencontres sur une ligne du temps estimée à un an.

Le contenu de ces journées s'est limité volontairement à de grandes lignes pour donner la possibilité au groupe de travail dédié à cette tâche de réaliser des programmes de journées répondant aux besoins.

Si nous maintenons cette séquence et déclinaison de ces rencontres que nous considérons comme prioritaires, il va de soi que d'autres rencontres sous des formes différentes sont les bienvenues, le but étant de sensibiliser le plus de personnes à la démarche.

4.1. Réunions extérieures à l'hôpital

4.1.1. Sept journées de rencontres extérieures uni disciplinaires pour les décideurs et collaborateurs (J1)

Sept journées de rencontres uni disciplinaires d'information et d'échanges sont proposées pour :

1. les directions générales et les directions gestionnaires ;
2. les directions médicales avec les présidences des conseils médicaux ;
3. les directions des soins infirmiers ;
4. les directions des ressources humaines ;
5. les directions des pharmacies ;
6. les directions transversales telles que techniques, logistiques, informatiques ;
7. les coordinateurs qualité/sécurité.

Cette première étape, organisée de manière uni disciplinaire, dans le cadre d'une journée pour chacun de ces groupes, est considérée comme un passage obligé avant de rencontrer les autres professionnels avec plus de sérénité. Chaque discipline prend, en effet, l'occasion de se centrer sur ses responsabilités et ses engagements. Cette journée est à organiser dans un environnement tel que le cadre de la rencontre favorise à la fois le confort, la détente, la collaboration et la concentration.

Pour les directions techniques, logistiques, informatiques, une journée spécifique leur est destinée avec des sessions plénières, le matin par exemple, et l'après-midi, des sessions parallèles unies disciplinaires pour faciliter l'opérationnalisation de ce programme.

La Figure 26 complète ces informations de manière succincte par des objectifs, un contenu et une méthodologie. Le résultat à atteindre étant de construire un projet porteur de sens.

Ces journées peuvent s'étaler, par exemple, sur une période de trois mois (**Figure 31**) :

- le premier mois est destiné aux deux premières journées adressées aux directions générales et gestionnaires et aux directions médicales ;
- le deuxième mois, aux directions des soins infirmiers et directions des ressources humaines ;
- le troisième mois, aux responsables des pharmacies, aux directions transversales et aux coordinateurs qualité/sécurité.

Pour les organisateurs de ces journées, il y a ainsi un rythme de deux voire trois journées consacrées par mois à ces rencontres.

En fonction du nombre de personnes prévues, des adaptations sont à prévoir tout en maintenant le caractère uni disciplinaire.

4.1.2. Une journée de mise en commun des 7 journées : rencontres multidisciplinaires ou intermétiers (J2)

Une rencontre ultérieure d'une journée également répétée en fonction du nombre de participants (4 à 5 journées), **réunit ces partenaires** pour partager la synthèse de leur journée et leurs engagements respectifs en vue de construire ensemble un terrain fertile à la collaboration ultérieure du personnel

de terrain (**Figure 27**). Toujours dans un contexte logistique confortable et détendu favorisant la collaboration et la concentration.

La venue de l'accréditation nécessite à la fois de la connaissance approfondie de l'institution et de son environnement ainsi qu'une perception globale des enjeux qu'elle suscite. Les directions peuvent se référer à ces éléments pour piloter le processus de changement et s'assurer de son bon déroulement. Formaliser ensemble la nécessité de changer et identifier les enjeux du changement sont primordiaux dans le processus de mobilisation des acteurs car ces derniers ne peuvent adhérer au futur projet de l'accréditation que lorsqu'ils comprennent bien sa vision, les objectifs à atteindre et ses enjeux. Ces journées donnent l'occasion également de proposer de rédiger des supports de communication consensuels, de planifier le futur et de s'engager concrètement dans ce processus d'éveil. Il s'agit aussi de définir le système de pilotage qui va permettre de s'assurer que la période d'éveil suive le cheminement voulu.

Dans la ligne du temps, ces journées peuvent être prévues dans le quatrième mois (**Figure 31**). En fonction du nombre de personnes, des adaptations sont à prévoir tout en maintenant le caractère multidisciplinaire.

4.2. Réunions à l'hôpital

4.2.1. Rencontres au sein de l'hôpital : assemblée générale

Après l'instauration dans l'institution d'un groupe de pilotage pour cette démarche, c'est à dire le cinquième mois (**Figure 31**), il est essentiel d'organiser une **assemblée générale** du personnel annonçant la mise en place de la culture d'accréditation sous l'angle de l'amélioration de la qualité (**Figure 28**). Celle-ci peut durer environ une heure et demi au maximum. Elle a pour but de mobiliser et fédérer le personnel autour d'un objectif commun : l'amélioration de la qualité, l'accréditation étant un levier puissant pour y parvenir.

La mobilisation du personnel permet de créer un environnement pour favoriser l'appropriation de la démarche et de bâtir le changement avec et sur les hommes. Il va de soi que les plus puissants déclencheurs sont liés également aux difficultés que les professionnels de terrain vivent dans leur quotidien. Les directions ont intérêt à arrimer leurs intentions de changement à ces difficultés, qui donnent un sens aux investissements demandés. Pour que ces déclencheurs suscitent une mobilisation, il est important par ailleurs que les objectifs soient discutés ouvertement en vue de

parvenir à une lecture partagée. C'est une condition importante pour l'appropriation du changement, sans quoi le risque est de se lancer dans des opérations purement mécaniques où l'engagement des professionnels fait défaut.¹¹²

S'il est essentiel de se concentrer sur le contenu de l'information et sur les modalités de sa transmission, les principaux enjeux se situent aussi au niveau de la relation, qui joue un grand rôle dans l'interprétation des messages. L'important est d'instaurer un dialogue avec les professionnels, visant à une compréhension partagée des difficultés, des défis et des solutions. Bref, une communication mise au service d'un projet porteur de sens.

Trois démarches différentes mais complémentaires en découlent :

- l'analyse de la situation pour s'assurer de la compréhension de la démarche ;
- la cascade des séminaires rencontres avec la population cible ;
- à plus long terme, les ateliers du changement assurant un accompagnement, pour générer sur le terrain des améliorations.

4.2.2. Rencontres au sein de l'hôpital : des décideurs vers les cadres

Rapidement après cette étape, **des rencontres** du même type que mentionné plus haut sont préconisées **au sein même de l'hôpital** pendant quelques mois, organisées et soutenues par le groupe de pilotage (**Figure 29**). Elles réunissent les décideurs et les cadres. Par cadres, nous entendons les chefs de services et le « middle management » c'est à dire toute personne responsable d'une équipe ou ayant un poste de cadre.

Ces rencontres peuvent réunir, par exemple en priorité, la direction avec les médecins déjà impliqués dans les commissions de l'institution, les pharmaciens, les cadres infirmiers, et les personnes concernées.

La Figure 29 illustre la multidisciplinarité, des objectifs communs, un exemple de contenu de formation et le résultat attendu.

¹¹² Interview de P. Collerrette : <http://communicationorganisation.revues.org/538> 1er juin 2011.

Sur la ligne du temps, ces journées ou demi-journées sont à prévoir sur un espace de trois mois (**Figure 31**). Il est évident que ces propositions doivent s'adapter en fonction de la taille et de la culture de l'institution.

4.2.3. Rencontres au sein de l'hôpital : des chefs de services et/ou cadres vers les professionnels de terrain

Une information du personnel de terrain est fortement conseillée à la fois de façon formelle et informelle de manière à ce que le terme accréditation devienne un support porteur de sens (**Figure 30**).

La participation de tous à la concrétisation du changement est d'un enjeu important car elle rend possible l'exploitation de la richesse que constitue la diversité des personnes. Elle aide à convaincre les résistances grâce à l'implication directe des salariés et assure une pérennité du changement. Pour obtenir une participation massive des acteurs, les cadres auront intérêt, le plus souvent, à guider sans chercher à contrôler, à donner du corps et du suivi suite aux idées et aux initiatives, accorder le droit à l'erreur, développer la culture de l'erreur positive, car le changement s'assimile à un apprentissage.

Un accompagnement s'avère également propice et indispensable. Tout changement perturbe les individus et peut les remettre en cause car il touche directement les individualités en agissant sur leur image, leur rôle et leur identité. Cette situation crée de nombreuses réactions émotionnelles provoquées par la crainte, la peur de l'échec ou à l'inverse par l'attrait de la nouveauté, l'attachement aux façons de faire, l'espoir d'un travail plus enrichissant, etc.

Pour gérer ces aspects émotionnels, les cadres ont intérêt à se préparer à établir un diagnostic de la situation actuelle, identifier et suivre les pôles de résistances et de blocage, et enfin, élaborer des stratégies pour les diminuer, voire les faire disparaître.

Les idées innovantes sont les bienvenues. Des groupes de travail avec le service de la communication peuvent rendre cette démarche attractive : des plateformes d'échange telles qu'un forum de discussion sécurisé afin d'échanger sur le projet (si démotivation, cas concret résolu,...).

Sur la ligne du temps (**Figure 31**), les chefs de service, en collaboration avec le groupe de pilotage planifient selon un calendrier cette déclinaison d'information et cet espace de parole sur une période de trois mois, par exemple.

4.2.4. Rencontres au sein de l'hôpital : assemblée générale

Une assemblée générale après 10 mois (**Figure 31**) permet de consolider les acquis pour fédérer le personnel autour de cette démarche et de faire part des décisions ultérieures de la direction.

Cette assemblée générale permet aussi de promouvoir la communication interne. Si pour le personnel, l'accréditation correspond à améliorer la qualité des soins et leur qualité de vie au travail, leur adhésion et motivation en seront augmentées.

Pour soutenir efficacement cette période d'éveil, la mise en œuvre de la communication du changement doit remplir plusieurs conditions :

- être en cohérence avec les politiques de communication externe et interne ;
- s'appuyer sur une véritable politique de communication avec des objectifs ;
- être à la fois au niveau institutionnel et des départements ;
- renforcer l'implication et la participation de tous les acteurs.

4.2.5. Autres partenaires essentiels

L'intérêt de l'institution est de travailler également avec les syndicats et avec les instances non citées ici, mais ayant un impact dans les pouvoirs de décision comme les patients, les clients, les fournisseurs, ces derniers dans une logique de transmuralité.

Combien de temps est-il nécessaire pour sensibiliser les professionnels à tous les niveaux ?

La **Figure 31** présente une ligne du temps sur 10 mois, ce qui représente une année si l'on décompte les périodes de congé. La **Figure 31** présente de manière synthétique les étapes développées plus haut en présentant de manière succincte le public et le temps estimé.

5. CONCLUSION

Grâce à cet apport de connaissances et d'échanges durant une période approximative d'un an, les différents acteurs seront plus à même de s'engager dans l'accréditation. **La préparation et l'imprégnation du concept de l'accréditation dans le cadre de cette phase d'éveil aide les professionnels à adhérer sereinement à la démarche qu'elle soit prévue à court, moyen ou long terme.** Chacune de ces étapes a pour but de rendre ce projet porteur de sens tant pour les directions, les cadres et les professionnels que pour les patients.

Nous terminons par une réflexion du Dr Michel Thumerelle, Directeur adjoint du CHR de Lille :
« Irriguer la qualité du sommet au terrain, cela se construit dans le temps. »¹¹³

¹¹³ Réunion Plateforme Accréditation, 11 juillet 2013, santhea, Bruxelles

Figure 26 – 7 journées rencontres unidisciplinaire

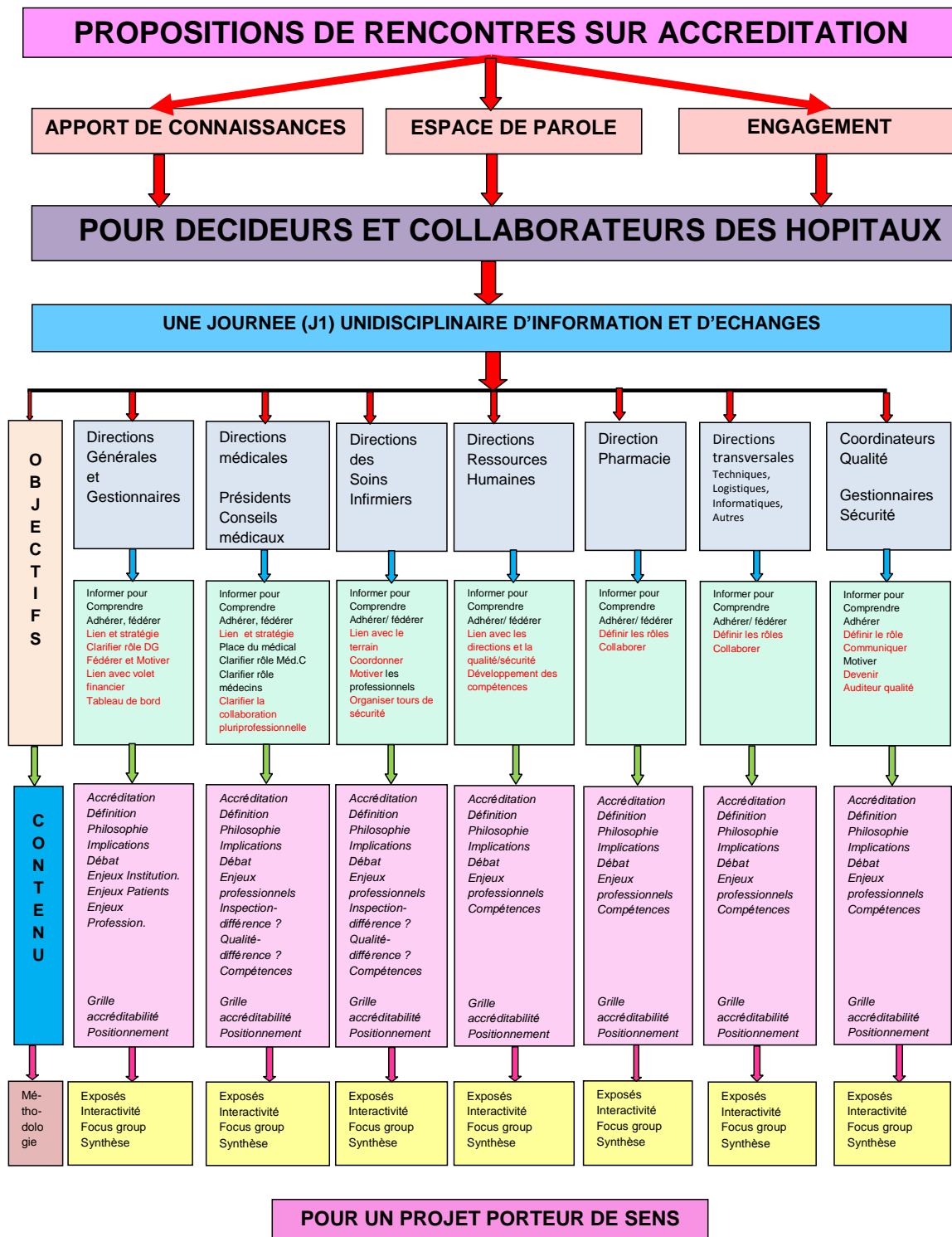


Figure 27 – Journées rencontres multidisciplinaires

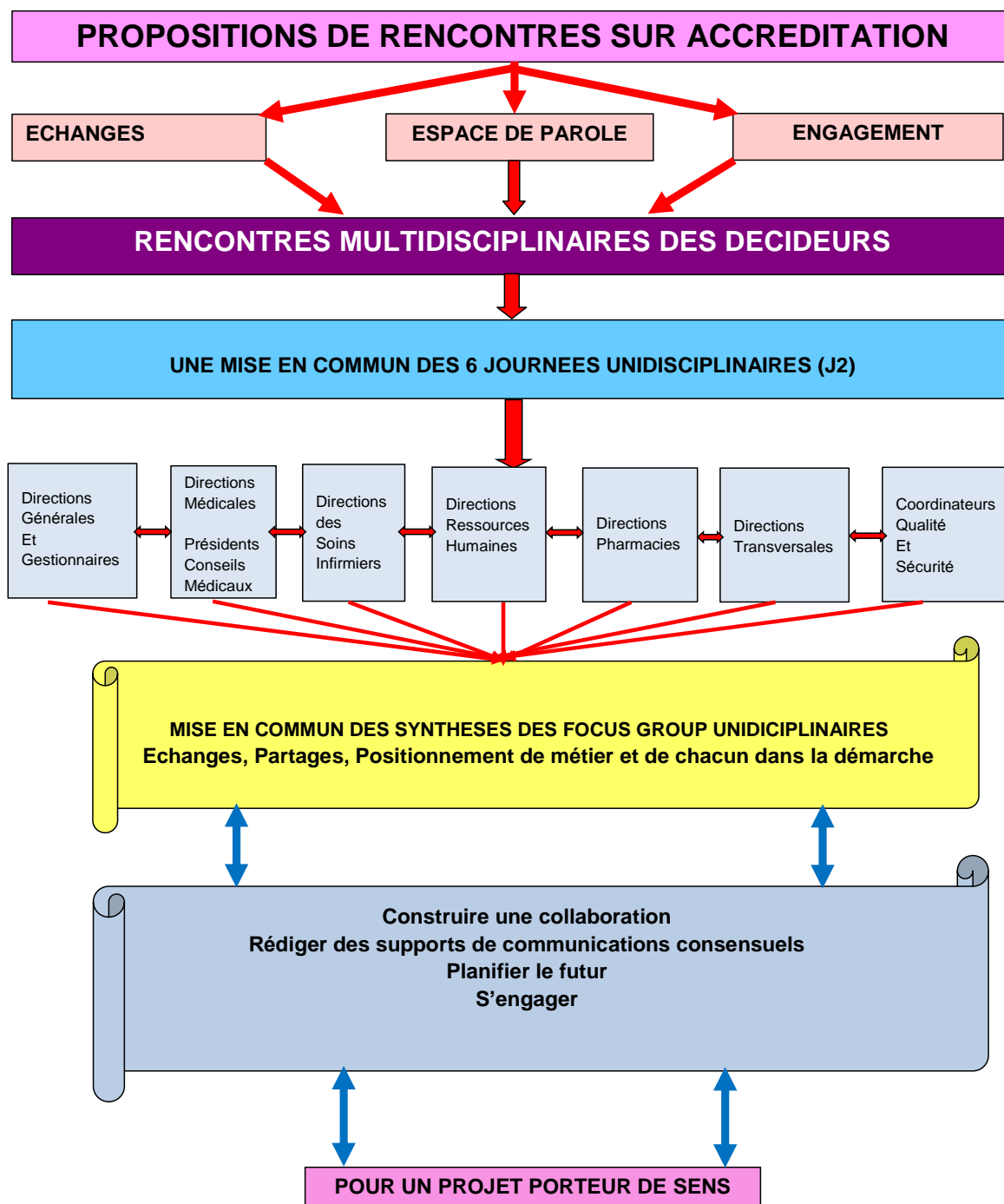


Figure 28 – Journées rencontres multidisciplinaires

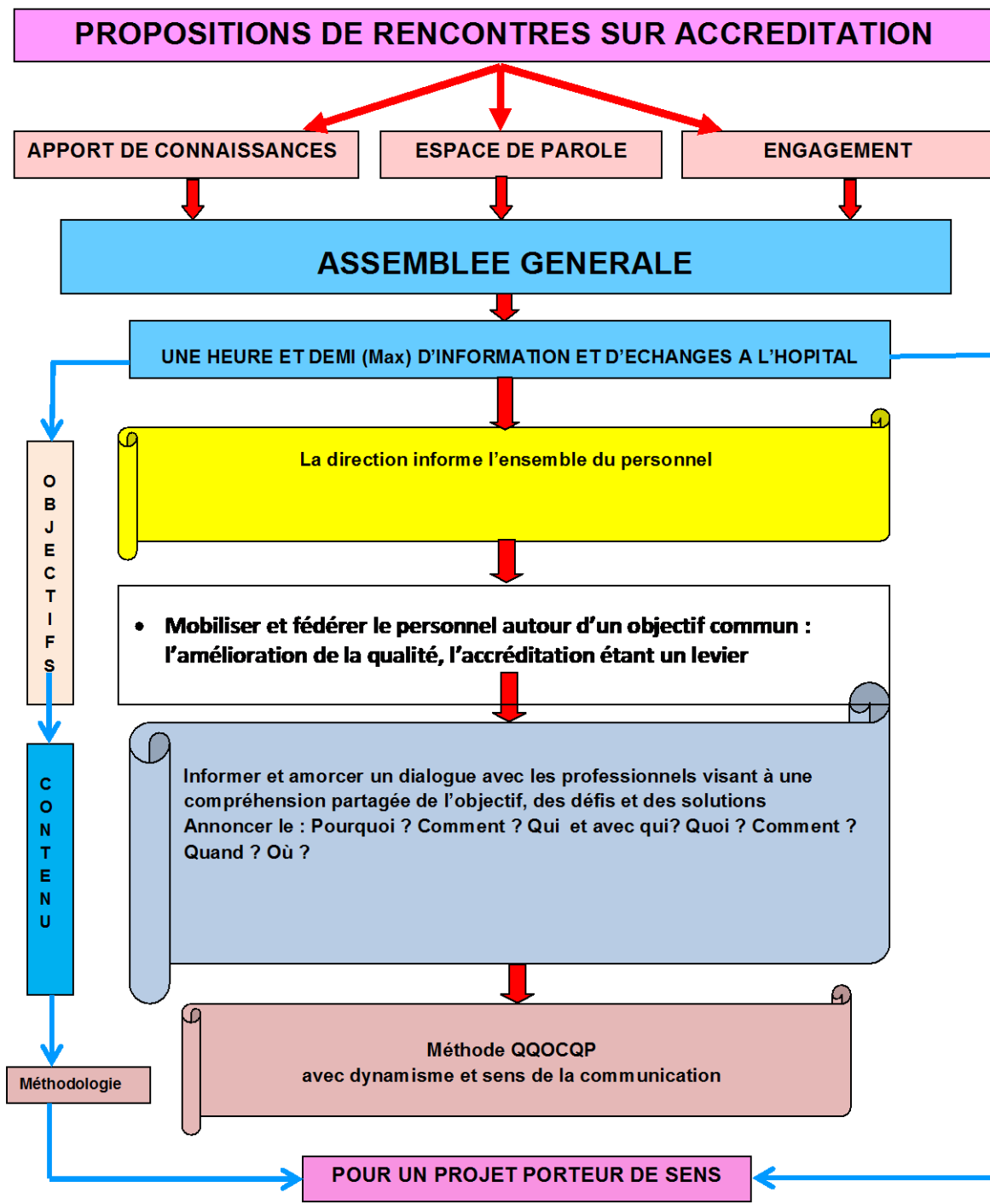


Figure 29 – A l'hôpital, des décideurs vers les cadres

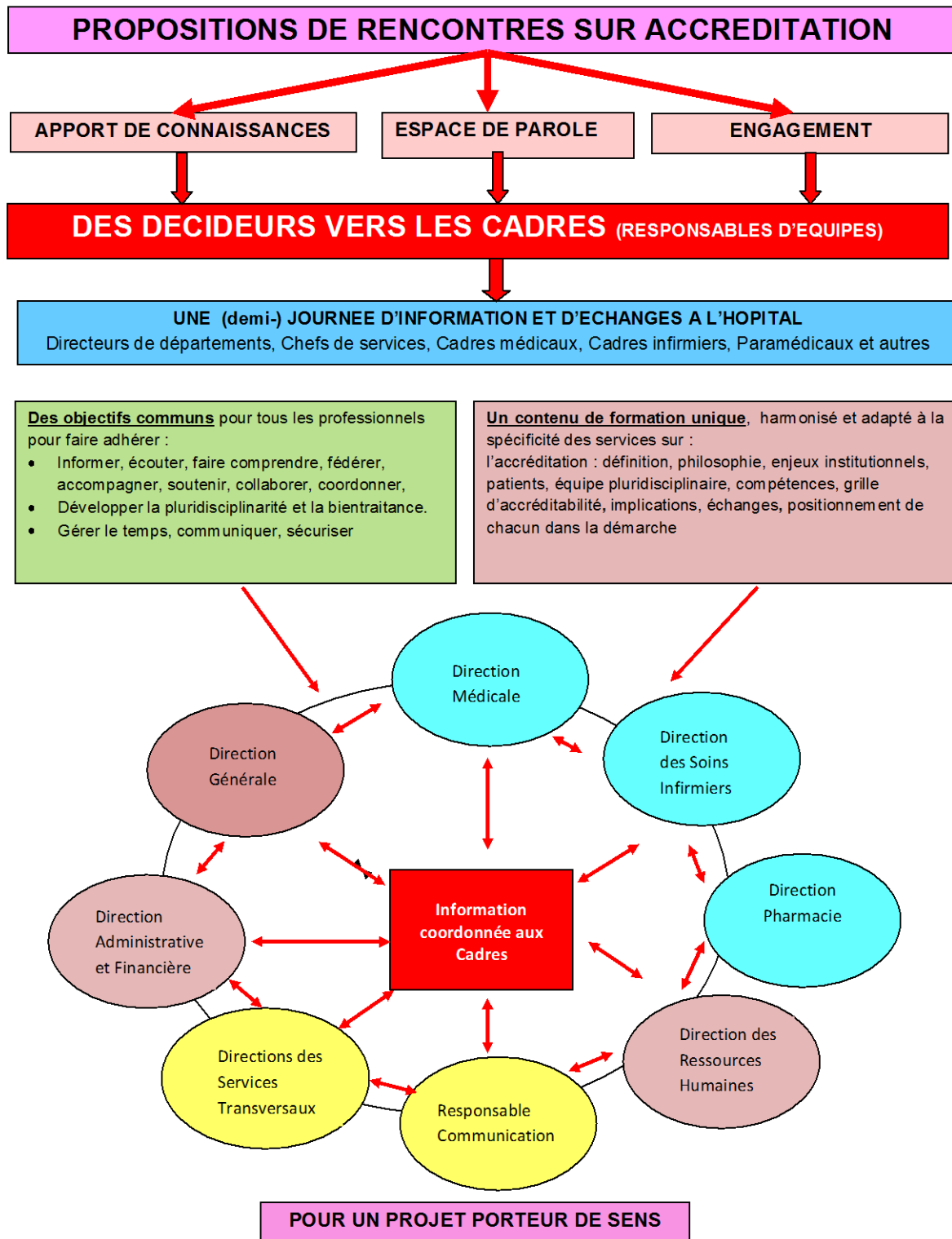


Figure 30 – A l'hôpital, des cadres vers le terrain

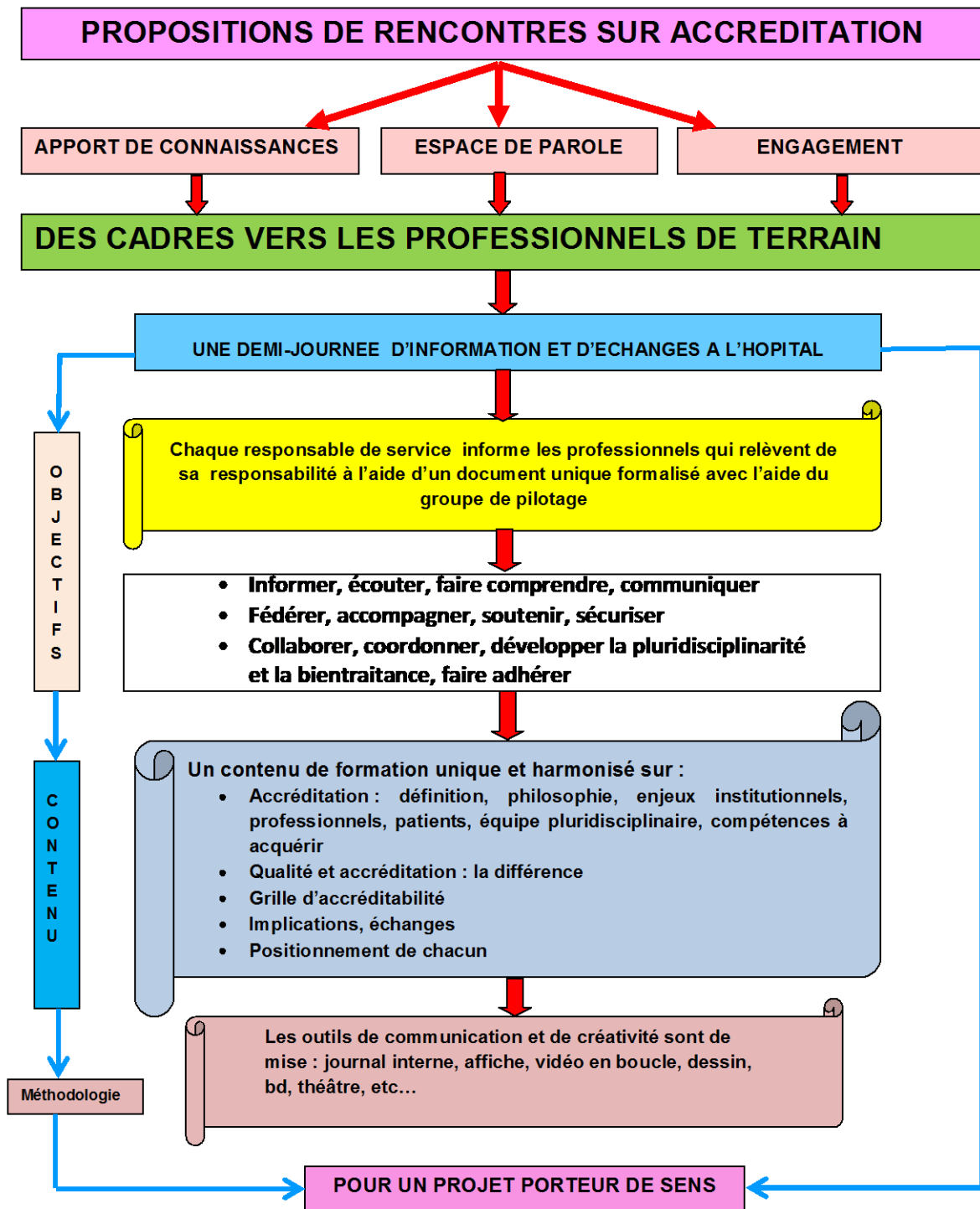
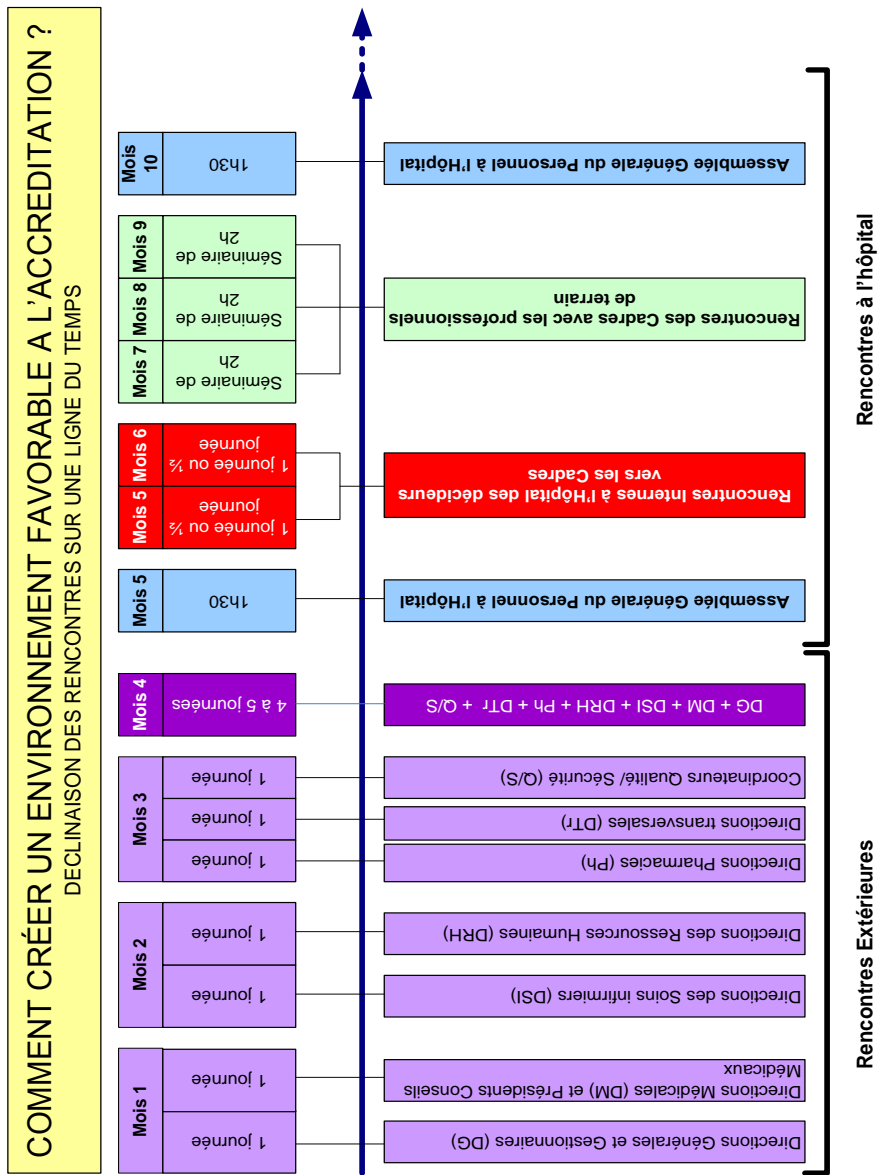


Figure 31 – Ligne du temps pour la phase d'éveil



CHAPITRE VII – GRILLE D'ACCREDITABILITÉ

0. PRÉAMBULE

Afin de garantir l'efficacité et l'efficience de la grille d'accréditabilité, des pré-requis méthodologiques et d'appropriation des concepts d'accréditation présentés dans les chapitres I à IV de ce guide s'avèrent indispensables.

1. INTRODUCTION

L'exigence de la qualité est désormais au cœur des préoccupations des établissements de santé. Elle est à la fois incontournable du point de vue éthique et déontologique et est un facteur de progrès, de structuration et de performance hospitalière. Le consumérisme médical avec surtout la pression des médias et des usagers plus avertis et donc plus exigeants a également joué dans ce sens.

La démarche d'accréditation a pour fondement l'approche transversale du processus de prise en charge du patient et ce, en ciblant l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital. Elle constitue une opportunité pour l'établissement d'engager une réflexion sur son organisation et ses pratiques, son type de management, et sur les modes de communication entre les professionnels¹¹⁴.

Le système de gestion de la qualité et des risques est un élément multidimensionnel sur lequel il est nécessaire de mettre l'accent pour créer un environnement favorable à l'accréditation¹¹⁵.

Les conditions nécessaires au développement d'une politique d'établissement destinée à soutenir l'amélioration continue de la qualité sont fréquemment rappelées dans la littérature internationale. Elles sont également confirmées par l'expérience et les difficultés rencontrées par les établissements les plus avancés dans ce domaine.

Nous tentons de mentionner dans cette partie les facteurs essentiels qui conditionnent le succès et la pérennisation d'une démarche qualité. Nous les avons classé selon quatre principaux axes : stratégique, structurel, technique et culturel identifiés par Shortell pour pouvoir développer une démarche qualité cohérente efficace et pérenne.

¹¹⁴ Roland Sambuc, "une nouvelle culture de la qualité" adsp n° 35 juin 2001

¹¹⁵ Dominique Bertrand, Dossier : "Accréditation et qualité des soins hospitaliers" adsp n° 35 juin 2001

Par conséquent, nous proposons aux institutions de soins au travers de ce guide, une grille d'évaluation du système de management de la qualité et de gestion des risques que nous appelons **grille d'accréditabilité**. Cet outil d'autodiagnostic, destiné à un usage interne, basé sur quatre dimensions de la qualité permet à l'institution d'évaluer sa capacité à se préparer à une démarche d'accréditation.

Pour le Baldrige National Quality Program, la qualité ne peut être institutionnalisée que lorsqu'elle est officiellement et philosophiquement intégrée à la structure, au fonctionnement et à la culture d'une organisation¹¹⁶.

La grille est également un outil qui peut être utilisé dans les journées et rencontres d'information telles que proposées au chapitre VI de ce guide.

2. OBJECTIFS POURSUIVIS PAR L'APPLICATION DE LA GRILLE D'ACCREDITABILITÉ

La grille d'accréditabilité permet :

- d'évaluer le niveau de maturité du dispositif de gestion des risques et du système de management de la qualité, au sein de l'institution de soins, et
- d'en déduire des points forts et les opportunités d'amélioration.

¹¹⁶ Baldrige National Quality Program. "Health Care Criteria for Performance Excellence 2001". Gaithersburg, MD : Baldrige National Quality Program 2001

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Construction d'un cadre théorique

3.1.1. Phase 1 : Identification des domaines et critères essentiels pour mener à bien et pérenniser une démarche qualité et de gestion des risques

Cette première phase résulte :

- de l'analyse de différents référentiels d'accréditation : HAS, JCI et accréditation Canada dont il est fait référence au chapitre III ;
- de l'analyse de la littérature scientifique^{117,118, 119, 120, 121} ;
- des enseignements qu'ont apportés l'évaluation des POR sur le terrain et les enquêtes réalisées auprès des hôpitaux (cf. chapitre IV) ;
- des rencontres avec des experts, des débutants et des compétents dans le domaine de l'accréditation des institutions de soins (cf. chapitre V).

Les conditions nécessaires au développement d'une politique d'établissement destinée à soutenir l'amélioration continue de la qualité sont fréquemment rappelées dans la littérature internationale.

Nous avons pu dégager 16 domaines apparaissant comme essentiels pour mener à bien et pérenniser une démarche qualité et de gestion des risques. Les domaines identifiés sont repris dans la figure 32.

Par souci de clarté, les 16 domaines sont présentés au point 4 de ce chapitre.

¹¹⁷ Shaw,C. Toolkit for accreditation programs. ISQua. 2004

¹¹⁸ JCIA. Getting started. Oakbrook Terrace, 2010

¹¹⁹ Matrices de maturité en soins primaires, notes de synthèse, HAS -2012

¹²⁰ Bruchacova,Z. Implementation guidelines for effective management of hospital accreditation. Health Management. Bratis1 Lek Listy 2001 ; 102 (3) :153-158

¹²¹ EFQM, modèle 2013, le modèle d'excellence EFQM

Figure 32 - Les 16 domaines identifiés



Chacun des domaines identifiés a été décliné en 2, 3 ou 4 critères opérationnels.

3.1.2. Phase 2 : Classement des domaines essentiels retenus dans les quatre dimensions du modèle de Shortell^{122,123,124}.

Il nous est apparu opportun de nous inspirer du modèle de Shortell pour le cadre théorique de notre étude (Cf encadré ci-dessous).

L'utilisation du modèle de Shortell inhérent à la conduite d'une démarche qualité dans ces quatre axes va permettre de comprendre et d'analyser les principaux facteurs pouvant influencer la mise en œuvre, la conduite et la pérennisation d'une démarche qualité apparaissant comme le socle essentiel à l'accréditation.

¹²² Lesein C et Benzaken S, Comprendre et évaluer pour réussir les démarches qualité, gestion hospitalière n°501, décembre 2010

¹²³ Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. The Milbank Quarterly. 1998;76:593–624

¹²⁴ Shortell SM, O'Brien JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EFX, Boerstler H, O'Conner EJ. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation. Health Services Research. 1995;30(2):377–401.

Le modèle de Shortell^a

Quatre dimensions fondamentales au développement de la démarche qualité ont été identifiées par S.M. Shortell pour développer une démarche qualité de manière cohérente, efficace et pérenne^b :

La dimension stratégique

Elle permet une vision prospective de la démarche qualité par l'identification des processus clefs et des objectifs qu'on souhaite atteindre. Cette dimension permet de légitimer la démarche qualité dans le fonctionnement quotidien de la structure. Le soutien de la direction est un élément essentiel dans la réussite de toute démarche qualité par la création d'un contexte favorable qui se traduit par un accès facilité aux ressources et son intégration dans les priorités stratégiques^c.

La dimension technique

Cette dimension regroupe trois éléments principaux liés au savoir-faire des acteurs, c'est-à-dire : la gestion de projet, l'organisation du système qualité et les outils et méthodes.

La dimension structurelle

Cette dimension concerne la mise en place de structures d'organisation qui sont nécessaires à la démarche qualité.

Sans une organisation définie et dévolue à la qualité et à son intégration dans la pratique clinique, les équipes n'exploitent pas et ne capitalisent pas les apprentissages issus des démarches qualité et surtout ne peuvent pas en mesurer les résultats.

^a Shortell SM, Bennett CL and Byck GR 1998, 'Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress', *The Milbank Quarterly*, vol. 76, no. 4, pp. 593- 624.

^b ANAES, Principes de mise en oeuvre d'une démarche qualité en établissement de santé, Avril 2002.

^c J.a Alexander and al, The role of organizational infrastructure in implementation of hospitals quality improvement, *hospital topics*, 84, 2006, 397-416.

La dimension culturelle

Cette dimension regroupe toutes les représentations, croyances, valeurs qui favorisent la démarche qualité et le développement d'une culture qualité dans l'établissement. C'est une dimension clé, qui cimenter toutes les autres et assurent la pérennité des actions en ce qui concerne la qualité des soins et la sécurité des patients. Des situations telles que culture de l'erreur sanctionnante, recherche de culpabilité, affaiblissent cette dimension^d.

Elle est une dimension clé de la réussite d'une démarche d'amélioration décrite notamment par Shortell^e : l'efficacité de l'amélioration est associée positivement à une culture basée sur le travail collectif, le développement des compétences des professionnels et la volonté de prendre des risques. Cette maturation culturelle représente un processus difficile et lent^f.

Chaque domaine a été classé dans les dimensions du modèle de Shortell (cf tableau 12). Un même domaine pouvant concerner plusieurs dimensions.

^d K.Walsh and al, Effectiveness of quality improvement : learning from evaluation, *Quality and safety in Health Care*,11,2002,85-7.

^e Shortell, S.M., et al., 1998. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *Milbank Quality*, 76(4): p. 593-624, 510.

^f Born E., et al. , 2001. Le Médecin-chef Face à La Problématique De La Qualité De L'activité Médicale. *Revue Hospital.BE*, 2(245).<[Http://Www.Hospitals.Be/Francais/Revue/Hb245/Born.html](http://www.hospitals.be/francais/revue/Hb245/Born.html)>.

TABLEAU 12 - CLASSIFICATION DES DOMAINES DANS LES DIMENSIONS DU MODÈLE DE SHORTELL

Domaines du cadre de référence	stratégique	culturelle	technique	structurelle
Engagement de la direction	✓			
Organigramme				✓
Respect législation			✓	
Gestion participative		✓		
Implication de tous				✓
Existence de procédures			✓	
Gestion documentaire institutionnelle			✓	
Gestion de projets	✓		✓	
Indicateurs	✓		✓	
Gestion des compétences	✓	✓		
Canaux de communication		✓	✓	
Système de déclaration des événements indésirables		✓	✓	
Mesure de la culture sécurité		✓	✓	
Satisfaction des patients		✓	✓	
Gestion des plaintes			✓	
Audit interne et autoévaluation		✓		

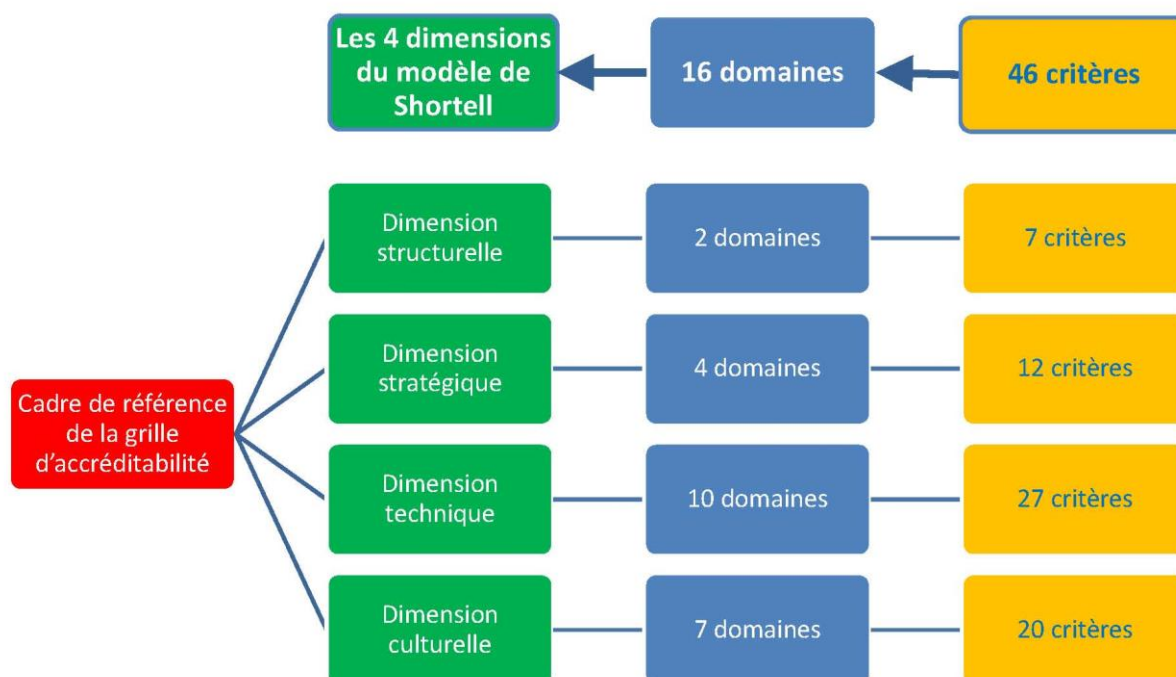
La figure 33 présente de manière synthétique et structurée la répartition par dimension, le nombre de domaines ainsi que le nombre de critères par domaine.

Selon Shortell¹²⁵, ces quatre dimensions sont toutes indispensables et indissociables :

- Si la dimension stratégique est négligée, il n’y aura pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels.
- Si la dimension culturelle n’est pas prise en compte, les résultats seront faibles, sans pérennisation.
- L’absence de prise en compte de la dimension technique suscitera frustration et faux départs.
- Enfin, négliger la dimension structurelle ne permet pas de capitaliser et d’étendre les apprentissages.

¹²⁵ Shortell, S.M., et al., 1998. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What It Will Take to Accelerate Progress. *Milbank Quality*, 76(4): p. 593-624, 510.

Figure 33 - Cadre de référence de la grille d'accréditabilité



3.2. Construction de la grille d'accréditabilité

3.2.1. Phase 3 : Etablissement de l'échelle d'évaluation

Le modèle d'évaluation proposé par la grille d'accréditabilité est quant à lui, basé sur les travaux de Crosby¹²⁶ qui définissent 5 niveaux de prise de conscience : l'incertitude, le réveil, la vision éclairée, la sagesse et la certitude (cf tableau 13).

¹²⁶ Philip B. Crosby, *Quality is free; the Art of Making Quality Certain*, McGraw-Hill, 1979.

TABLEAU 13 - LES 5 NIVEAUX DE PRISE DE CONSCIENCE DE CROSBY

Echelle	
1	L'entreprise n'intègre pas et ne perçoit pas le critère comme outil de management.
2	Le critère est reconnu comme important mais aucune action n'est engagée.
3	L'entreprise se mobilise et développe le critère. L'entreprise apporte son soutien aux projets de développement liés aux critères considérés.
4	L'entreprise s'implique dans le critère considéré.
5	Le critère est considéré comme un outil de management.

Il convient de noter que quand nous parlons de « l'entreprise », sont considérés l'ensemble des acteurs hospitaliers y compris la direction

Grille de maturité selon Crosby^a

Philippe Crosby contribua à la mise en place des pratiques de management par qualité, dans ce cadre, il propose entre autre une grille de maturité du management. Cette grille est une matrice permettant de faire un diagnostic sur l'attitude et la perception de l'institution à l'égard de la qualité. Celle-ci définit 5 niveaux de prise de conscience :

- **(1) l'incertitude** : l'entreprise n'intègre pas les outils de la qualité comme outils de management ;
- **(2) le réveil** : la qualité est reconnue comme importante, mais aucune action concrète n'est décidée ;
- **(3) la vision éclairée** : des démarches d'amélioration de la qualité sont mises en place ;
- **(4) la sagesse** : la prévention fonctionne, les problèmes sont identifiés à la source, les actions correctives sont mises en place ;
- **(5) la certitude** : la qualité devient un outil de management, la direction fait face et bâtit un plan formel d'action.

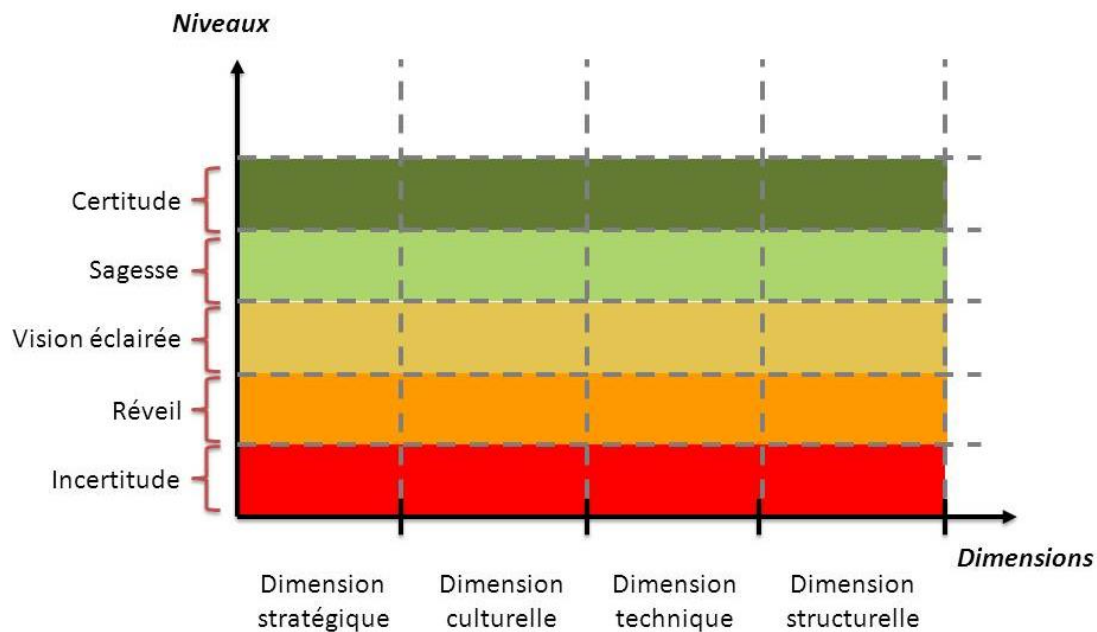
3.2.2. Phase 4 : Combinaison du modèle de Shortell et de la grille de maturité de Crosby

Les 4 dimensions du modèle de Shortell sont présentées en abscisse tandis que les niveaux de prise de conscience de Crosby sont mis en ordonnée (figure 34).

^a Crosby P., *La qualité, c'est gratuit*, Economica, Paris, 1986

Pour faciliter la lecture des résultats, une couleur a été attribuée à chaque niveau de prise de conscience allant du rouge au vert.

Figure 34 - Représentation de la grille d'accréditabilité

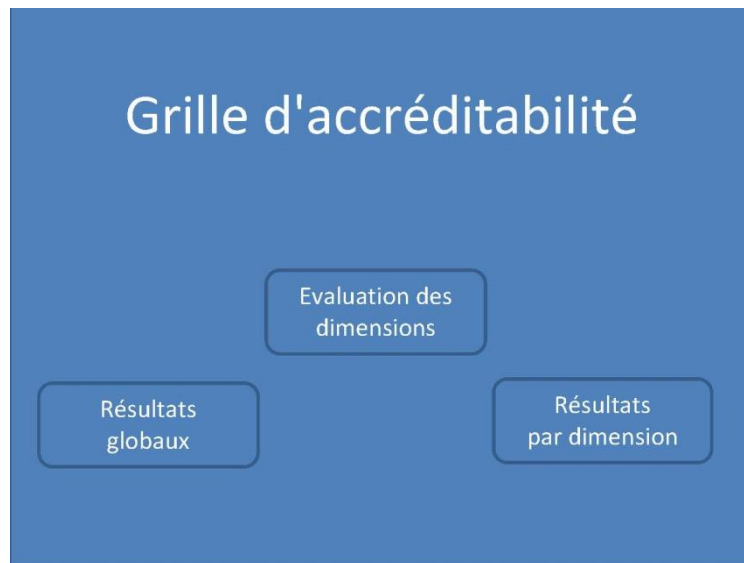


3.2.3. Phase 5 : Création d'un outil Excel® permettant d'encoder l'évaluation et de visualiser les résultats

Le fichier Excel® reprend :

- une page d'accueil ;
- une feuille pour l'encodage de l'évaluation ;
- une feuille présentant sous forme de graphique les résultats globaux pour chacune des quatre dimensions du modèle de Shortell ;
- une feuille présentant sous forme de graphique les résultats pour chacune dimension.

Figure 35– Page d'accueil de l'excel®



3.2.4. Phase 6 : Pré-test

La classification des domaines dans les dimensions du modèle de Shortell ainsi que la classification des critères dans les domaines apparaissant essentiels pour mener à bien et pérenniser une démarche qualité et de gestion des risques a été réalisée par un consensus d'experts qualitatifs issus de quatre hôpitaux.

La grille a été bien accueillie et jugée applicable par les acteurs hospitaliers.

4. PRÉSENTATION DES DOMAINES DU CADRE DE RÉFÉRENCE

4.1. Engagement de la direction

« L'expérience du terrain nous montre que les démarches qualité peinent à se mettre en place ou n'aboutissent pas par manque d'engagement des dirigeants ». ¹²⁷

L'ensemble de la direction de l'institution doit être convaincu du besoin d'améliorer continuellement la qualité et la sécurité des soins et en faire des axes prioritaires dans la politique générale de l'institution de soins. Dominique Boudin considère l'implication de la direction comme étant le premier facteur critique de succès. ¹²⁸

Le SPF santé publique soutient cette notion dans le plan pluriannuel 2007-2012 en expliquant que « la mise en œuvre et l'ancrage d'un système de gestion de la sécurité au sein de l'organisation hospitalière ne sont possibles que moyennant le soutien total de la direction de l'hôpital, du Conseil d'administration et du personnel médical. Concrètement, cela signifie que la sécurité du patient doit être une priorité dans la politique générale de l'hôpital. L'implication visible et personnelle de la direction de l'hôpital conditionne le succès de la gestion de la sécurité ». ¹²⁹

L'engagement de la direction fait partie de la dimension stratégique du modèle de Shortell.

Dans l'étude de François ¹³⁰, portant sur l'évaluation de la pérennité de la démarche qualité dans trente départements et services du CHU de Grenoble, qui se sont engagés dans un programme d'amélioration continue de la qualité entre 1998 et 2002, a montré que l'implication personnelle des différents gestionnaires jouait un rôle important dans la motivation des membres des cellules et équipes qualité. Une attention particulière a été portée également au pluri-professionnalisme de ces structures et à leur mode d'animation participatif.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

¹²⁷ Dominique Boudin, Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité, ADSP N°35, juin 2001

¹²⁸ *idem*

¹²⁹ SPF santé publique, plan pluriannuel 2007-2012

¹³⁰ François P. et col. « Pérennité de la démarche qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire » ; *Gestions Hospitalières* ; Cahier 188 ; Décembre 2004, n° 441, pp 815-819.

1. l'établissement de soins développe et met en œuvre (planification, évaluation) une politique et des procédures associées pour la gestion de la qualité au niveau institutionnel, département et unités ;
2. l'établissement s'engage explicitement, par l'intermédiaire de son plan stratégique, dans l'instauration d'une culture qui reconnaît l'importance de la qualité et de sa gestion par des processus appropriés. L'hôpital dispose d'objectifs stratégiques et d'objectifs opérationnels dans le domaine de la qualité des soins et la sécurité des patients (direction dans laquelle veut se diriger l'hôpital en matière de qualité des soins et de sécurité du patient) ;
3. les initiatives en matière de qualité des soins et sécurité des patients sont appuyées et soutenues par la direction, entre autres par sa participation active aux différents comités qui concernent la qualité des soins et la sécurité des patients (comité hygiène hospitalière, comité transfusionnel, comité médico-pharmaceutique, comité qualité,...).

4.2. Organigramme

Un organigramme est une représentation facilement lisible de l'organisation de l'entreprise.¹³¹ Il permet d'identifier rapidement les responsabilités, les liens hiérarchiques et fonctionnels entre les différents acteurs de l'institution de soins. De plus, il est le reflet de son mode de management.¹³² La coordination qualité y est clairement identifiée.

L'organigramme fait partie de la dimension structurelle du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. l'établissement dispose d'un organigramme clair, actualisé et diffusé à l'ensemble du personnel ;
2. la coordination de la politique qualité est clairement identifiable (coordinateur qualité, cellule qualité) au niveau de l'organigramme ;
3. les liens hiérarchiques sont facilement repérables au niveau de l'organigramme ;
4. des fiches de fonction reprenant les missions de chacun (par poste) sont disponibles et accessibles par l'ensemble du personnel.

¹³¹ Claire Blondin-Seguineau, Hygiène, santé et sécurité, juin 2007.

¹³² HAS, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, avril 2011, 3^{ème} édition, Paris, France.

4.3. Respect législation

La conformité aux lois et aux règlements en vigueur applicables à l'institution est un élément essentiel avant de poursuivre dans la démarche.

Le respect de la législation fait partie de la dimension technique du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. le bilan des contrôles effectués et inspections, ainsi que leurs conclusions sont connus par l'ensemble de la direction (centralisation) ;
2. l'établissement de soins a pris en compte les observations recommandées et formulées lors de ces contrôles (plan de suivi).

4.4. Gestion participative

Le management participatif est un mode d'animation et de conduite des individus et des équipes qui suscite leur engagement et leur contribution à l'innovation permanente et au progrès des performances de l'entreprise. En cohérence avec les objectifs de l'entreprise, il s'appuie sur la prise en compte des attentes et des aspirations des membres du personnel.¹³³

La gestion participative fait partie de la dimension culturelle du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. le personnel est soutenu dans la réalisation de ses plans d'actions ;
2. le personnel s'implique dans l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ;
3. le personnel est impliqué dans l'élaboration et l'évaluation de la stratégie, des politiques et des plans le concernant.

4.5. Implication de tous

Le management de l'entreprise se compose de plusieurs fonctions interdépendantes, ayant un objectif commun, à savoir fournir des prestations de qualité aux patients. Tous les départements et

¹³³ Don Hellriegel- John W. Slocum., Management des organisations 2ème édition ; Nouveaux Horizons ; De boeck 2006

les employés, qui les composent, ont un rôle à jouer pour obtenir la qualité des produits et des services. « La mise en place de la qualité ne peut réussir sans une contribution importante du personnel en phase de conception et d'application. Les collaborateurs connaissent le terrain et savent apprécier le réalisme des solutions retenues et la motivation à les appliquer. Cette implication passe par le travail en groupes, la formation, la reconnaissance des résultats et la communication sur l'avancement et les résultats de la démarche». ¹³⁴

L'implication de tous fait partie de la dimension structurelle du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. la direction s'engage à assurer l'entretien et le développement du système de gestion de la qualité et impliquer l'ensemble du personnel dans cet objectif ;
2. tous les départements et les employés, qui les composent, ont un rôle à jouer pour obtenir la qualité des produits et des services ;
3. le management de l'entreprise se compose de plusieurs fonctions interdépendantes, ayant un objectif commun, à savoir fournir des prestations de qualité aux patients.

4.6. Existence de procédures

« La procédure est la manière spécifiée d'accomplir une activité». ¹³⁵

Classiquement, elle comporte l'objet et le domaine d'application de l'activité, l'intervenant, la manière de faire, le matériel utilisé et la façon dont est maîtrisée et enregistrée l'action.

L'existence de procédures fait partie de la dimension technique du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. des procédures existent ;
2. les procédures sont connues ;
3. les procédures sont mises à jour.

¹³⁴ Dominique Boudin, Les facteurs clés du succès d'une démarche qualité, ADSP N°35, juin 2001

¹³⁵ Norme ISO 9000; 2000

4.7. Gestion documentaire institutionnelle

« Pour dispenser, coordonner et intégrer leurs services, les établissements de soins s'appuient sur les informations relatives à la science des soins, aux patients individuels, aux soins dispensés, aux résultats des soins et à leurs propres performances. Au même titre que les ressources humaines, matérielles et financières, les informations se présentent comme une ressource que les responsables de l'établissement doivent gérer efficacement. Chaque établissement cherche à obtenir, gérer et utiliser les informations dans le but d'améliorer les résultats (outcomes) des patients, ainsi que les performances individuelles et globales de l'établissement». ¹³⁶

La gestion de la qualité nécessite la mise en place d'outils adaptés. De ce constat, il apparaît évident que la mise en place d'une gestion électronique de documents est la solution qui permettra de suivre de manière efficace les documents tout en s'assurant que les personnes concernées ont bien reçu les différents documents.

La masse documentaire étant très importante, il est nécessaire de l'organiser afin de pouvoir retrouver rapidement l'information.

La gestion documentaire institutionnelle fait partie de la dimension technique du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. un système de classement unique existe au sein de votre institution ;
2. le système de gestion documentaire permet un repérage aisé des documents ;
3. le système de gestion documentaire permet d'avoir une vision globale de la production documentaire de votre institution.

¹³⁶ Joint Commission International, *Standards Joint Commission International pour l'accréditation des hôpitaux*, 2010, 4^{ème} édition, Oakbrook Terrace, Illinois, USA.

4.8. Gestion de projets

La gestion de projets fait partie des dimensions technique et stratégique du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants ¹³⁷ :

1. les améliorations mises en œuvre sont gérées selon une méthodologie de gestion de projet ;
2. chaque projet doit comporter des objectifs clairement définis qui permettent la satisfaction d'un besoin spécifique et particulier ;
3. les ressources disponibles sont allouées aux projets en fonction des priorités de l'institution.

4.9. Indicateurs

« Les indicateurs et les tableaux de bord sont des outils indispensables au pilotage d'un établissement, d'une équipe, d'un processus pour atteindre les objectifs visés. Des bilans périodiques doivent être organisés pour permettre à la direction et aux responsables d'évaluer la bonne réalisation et l'efficacité des actions mises en œuvre ». ¹³⁸

Les indicateurs font partie des dimensions techniques et stratégiques du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. l'organisation surveille ses propres indicateurs de processus ;
2. l'organisation surveille ses propres indicateurs de résultats.

L'enquête de Claveranne ¹³⁹ réalisée par le centre national de la recherche scientifique français (CNRS) dans douze établissements de soins portant sur les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé a conclu en la nécessité de favoriser une culture de l'évaluation qualité chez ces professionnels tant au niveau des indicateurs mis en place que de la

¹³⁷ source :Alain Fernandez, le chef de projet efficace, 2003, Ed.Eyrolles.

¹³⁸ HAS, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, avril 2011, 3^{ème} édition, Paris, France.

¹³⁹ Claveranne J-P et col. « Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé » ; DHOS ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/quali_prof/sante/qual_profes.pdf, dernière consultation le 20 octobre 2013

démarche qualité elle-même pour pouvoir maintenir les dynamiques nées des actions engagées au nom de la qualité.

4.10. Gestion des compétences

« Un établissement de soins a besoin d'un personnel aux compétences et aux qualifications variées pour remplir sa mission et répondre aux besoins des patients. Les responsables (leaders) de l'établissement collaborent dans le but d'identifier le nombre et le type de membres du personnel nécessaires ».¹⁴⁰

Le recrutement, l'évaluation, la formation continue et la nomination du personnel sont quelques aspects de la gestion des compétences. Ceux-ci doivent être optimisés par un processus coordonné, efficace et homogène.

La gestion des compétences font des dimensions stratégique et culturelle du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants¹⁴¹ :

1. Les besoins en compétences et effectifs sont identifiés par secteur d'activité ;
2. L'évaluation périodique du personnel est mise en œuvre ;
3. Un plan de formation est mis en œuvre ;
4. Des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents.

4.11. Canaux de communication¹⁴²

Une communication interne bien conduite a aussi un rôle majeur dans l'évolution culturelle¹⁴³. Elle assure le partage du sens de la démarche qualité, sa valorisation, la diffusion des idées et la pérennisation des actions réalisées. Elle favorise la prise de conscience des professionnels quant aux besoins d'amélioration, aux enjeux de la qualité, aux résultats des démarches entreprises et de ce fait, suscite l'implication et l'adhésion de tous les acteurs

¹⁴⁰ Joint Commission International, Standards Joint Commission International pour l'accréditation des hôpitaux, 2010, 4ème édition, Oakbrook Terrace, Illinois, USA.

¹⁴¹ HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010, avril 2011, 3ème édition, Paris, France.

¹⁴² ANAES, Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé - Avril 2002

¹⁴³ HART J. « De la communication de la qualité à la qualité du service rendu, pour une émergence de la considération » ; Gestions Hospitalières, N° 397, juin/juillet 2000, pp 450-455

Les canaux de communication font partie des dimensions culturelles et techniques du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. des canaux de communication existent et sont connus de tous les membres du personnel ;
2. le système d'information facilite l'accès en temps utile à des informations valides ;
3. le système d'information aide les professionnels dans leur processus de décision.

4.12. Système de déclaration des événements indésirables

L'OMS¹⁴⁴ détermine l'objectif d'un signalement d'événements indésirables ainsi que quelques recommandations :

Le système de signalement des événements indésirables devrait avoir comme principal objectif l'amélioration de la sécurité des patients à travers l'identification des erreurs et des risques qui pourraient survenir, puis leur analyse dans le but d'identifier les défaillances systématiques sous-jacentes.

Les responsables de ce système devraient avoir clairement défini :

- les objectifs de ce système ;
- les personnes qui devraient signaler ;
- les événements indésirables à signaler ;
- les modalités de réception et de traitement des données ;
- les experts et les ressources adéquates pour l'analyse ;
- les réponses au signalement ;
- les méthodes pour classer et donner du sens aux événements signalés ;
- les moyens de communication des résultats ;

¹⁴⁴ OMS. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. From information to action. 2005 (www.who.int/patientsafety).

- l'infrastructure technique et la sécurité des données.

Les professionnels de santé doivent être encouragés à signaler des événements et des informations sur la sécurité.

Les professionnels de santé qui signalent des événements indésirables, des presque-accidents et d'autres éléments en rapport avec la sécurité ne devraient pas être punis à la suite d'un signalement.

Le système de signalement devrait être indépendant d'une autorité ayant le pouvoir de punir le déclarant. L'identité des personnes signalant ne devrait pas être communiquée à des tiers.

Les événements indésirables signalés devraient être analysés rapidement.

Les événements indésirables devraient être analysés par des experts qui comprennent les circonstances cliniques et les processus de soins concernés et qui sont formés à la recherche des causes profondes systémiques.

La structure qui reçoit les signalements devrait être capable de faire des recommandations et de les diffuser.

Les autres structures impliquées devraient donner leur accord pour la mise en œuvre de ces recommandations lorsque c'est possible.

Les recommandations pour des actions de prévention devraient être rapidement diffusées, en particulier lorsque les risques graves ont été identifiés.

Le système de déclaration des événements indésirables fait partie des dimensions technique et culturelle du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. un système de déclaration des événements indésirables est en place dans l'institution ;
2. une analyse des événements indésirables (analyse des causes) est organisée pour chaque signalement ; un plan de suivi est élaboré en cas de besoin (actions correctives) ;
3. l'efficacité des actions correctives est vérifiée ;

4. le traitement des événements indésirables priorités, graves, ou potentiellement graves suit une méthodologie adaptée à leur niveau de gravité.

4.13. Mesure de la culture sécurité

Une culture de sécurité comprend deux éléments essentiels¹⁴⁵:

- l'acceptation que les établissements et les intervenants fassent (puissent faire) des erreurs ;
- la culture d'ouverture et de transparence permettant à l'organisation et aux individus qui y travaillent de tirer les leçons des erreurs commises afin de ne pas reproduire de telles erreurs.

Cela implique que l'on rejette la culture de blâme et de pénalisation encore souvent présente, culture qui encourage la "couverture" et la dissimulation des erreurs ou quasi-erreurs.

La mesure de la culture sécurité fait partie des dimensions technique et culturelle du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. l'hôpital a effectué la mesure de la culture sécurité en utilisant un instrument validé et a concerné l'ensemble des départements par cette mesure ;
2. les résultats de la mesure de la culture sont analysés, interprétés et des actions correctives sont entreprises.

4.14. Satisfaction des patients

La satisfaction des patients par rapport aux soins reçus, ou le jugement que les patients portent sur la qualité de leurs soins est maintenant reconnue comme essentielle dans l'appréciation de la qualité des soins de santé.

L'étude de François¹⁴⁶ portant sur les structures et les activités de gestion de la qualité de 4 hôpitaux universitaires de Montréal a révélé que le processus de gestion de la qualité dans les établissements

¹⁴⁵ Information de base – pilier 1 du contrat dans le cadre du financement de la coordination de la qualité et de la sécurité du patient 2008-2009 –SPF Santé Publique

¹⁴⁶ François P. « Les systèmes de gestion de la qualité des services de soins dans les hôpitaux du Québec » ; Presse Médicale, 2001, 31 mars 2001, vol. 30, n° 12 ; pp : 591-595

de santé du Québec a été dynamisé depuis 1995. Cela a été commenté dans cette étude par deux évolutions : « *Le premier changement a porté sur les représentations du concept de qualité chez les professionnels de santé et les gestionnaires qui ont commencé à adopter le point de vue de l'utilisateur. Le deuxième changement s'est quant à lui appuyé sur une évolution des méthodes de gestion de la qualité qui sont passées d'une approche normative à une approche d'amélioration continue de la qualité.* »

La satisfaction des patients fait partie des dimensions technique et culturelle du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. la satisfaction des patients (et/ou entourage) est évaluée selon une méthodologie validée et reconnue de manière institutionnelle ;
2. des actions d'amélioration sont mises en œuvre au niveau des secteurs d'activité et font l'objet d'un suivi.

4.15. Gestion des plaintes

Avec l'adoption en 2002 de la loi relative aux droits du patient, le législateur belge a institué l'obligation d'assurer une fonction de médiation au sein des hôpitaux. Le patient et/ou sa famille peut dès lors déposer une plainte en vertu de cette législation.

Chaque hôpital doit organiser une fonction de médiation en son sein et informer les patients sur la possibilité de faire appel à un médiateur hospitalier.

Le médiateur fonctionne en toute indépendance par rapport aux hôpitaux. Il est tenu de respecter le secret professionnel et de traiter les dossiers de manière neutre et impartiale.

L'organisation de la médiation en milieu hospitalier s'est opérée de façon spécifique au sein des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques. Au niveau des hôpitaux généraux, le médiateur est soit un membre du personnel de l'institution, soit une personne extérieure à la structure de soins. Dans ce dernier cas, la fonction de médiation est organisée en commun pour plusieurs hôpitaux sur la base d'un accord de collaboration écrit entre les hôpitaux concernés. Il apparaît aujourd'hui que les médiateurs hospitaliers sont majoritairement des membres du personnel des

institutions hospitalières. En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, la médiation est généralement exercée par les médiateurs des plates-formes de concertation en santé mentale.¹⁴⁷

Dès qu'une plainte est déposée, le rôle du médiateur hospitalier consiste à tenter de rétablir la communication et la confiance entre les personnes concernées, évitant de la sorte le transfert éventuel du dossier vers les cours et tribunaux. *«L'objectif poursuivi par le médiateur est d'écouter le point de vue de chacune des parties et d'essayer de les rapprocher pour les aider à trouver ensemble la solution qui leur semble la plus adéquate. Après avoir entendu les propos du médecin, du personnel soignant et du patient, le médiateur est plus à même de cerner la problématique et de l'expliquer aux parties concernées, cela dans un contexte qui n'est plus celui des soins et où les tensions sont donc moins fortes ».*

La gestion des plaintes fait partie de la dimension technique du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants :

1. la gestion des plaintes est organisée au sein de l'institution ;
2. les plaintes sont traitées en lien avec les professionnels concernés ;
3. le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.

4.16. Audit interne et auto-évaluation

L'audit est un « processus méthodique, indépendant et documenté, permettant d'obtenir des preuves d'audit et de les évaluer de manière objective pour déterminer dans quelle mesure les critères d'audit Qualité sont satisfaits ». ¹⁴⁸

Il permet :

- d'identifier les améliorations potentielles sur les processus et les produits (et services) ;
- d'identifier les dysfonctionnements dans le système qualité et le système de management ;
- d'évaluer le niveau de satisfaction des exigences relatives au système de management de la qualité.

¹⁴⁷ BARBIER C., *Education Santé*, n° 239, novembre 2008

¹⁴⁸ Source : ISO 9000 : 2005.

L'EFQM décrit « l'Auto-Evaluation consiste à faire la revue de façon exhaustive, méthodique et régulière, des activités d'une organisation, et de ses résultats ». ¹⁴⁹

L'audit interne et l'auto-évaluation font partie de la dimension culturelle du modèle de Shortell.

Les composantes de ce domaine peuvent reprendre les critères suivants ¹⁵⁰ :

1. « l'établissement conduit des auto-évaluation et/ou des audits sur ses principaux processus de production » ;
2. « les résultats des études et/ou des audits donnent lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration ».

5. MODE D'EMPLOI

1. Constituer un groupe pluridisciplinaire représentant l'ensemble des départements (soins, techniques et administratifs). Chaque membre du groupe reçoit la grille d'évaluation à compléter manuellement. Cette grille est disponible en annexe de ce guide ainsi que dans le fichier Excel® associé au guide et qui sera disponible dès janvier 2014

Nous entendons que dans le groupe pluridisciplinaire constitué, nous y retrouvons des représentants de la direction et des représentants du personnel de l'ensemble de l'institution. Il convient de veiller au bon équilibre dans la représentation de chacun des départements

2. Chacun des membres attribue individuellement un score pour chaque critère tel que défini dans le tableau n° 13 (les 5 niveaux de prise de conscience de Crosby).
3. En réunion de consensus :
 - a. les scores sont discutés et un score final pour chaque critère est établi ;
 - b. les remarques issues des discussions sont retenues ; elles pourront constituer une base de travail pour le déploiement d'actions d'amélioration concrètes visant à préparer l'institution à une accréditation ;
 - c. le score de chaque critère est enregistré dans le fichier Excel® fourni en annexe de ce guide.

¹⁴⁹ EFQM, introduction à l'excellence.

¹⁵⁰ HAS, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, avril 2011, 3^{ème} édition, Paris, France.

Un animateur est conseillé pour l'exercice.

4. En fin d'exercice collectif, le résultat (cf feuille Excel®) est présenté sous forme de graphique permettant de visualiser dans quelles dimensions de la qualité suivant Shortell des actions d'amélioration sont attendues. Les graphiques par dimension vous aideront à identifier les thèmes plus faibles de votre institution.

Cet exercice est à réaliser au niveau de l'institution mais peut également s'appliquer à un département en particulier qui souhaiterait faire son autodiagnostic en matière de démarche qualité et de gestion des risques

Les figures 36 et 37 présentent un exemple fictif de résultats globaux et par dimension de la qualité suite à l'introduction dans la grille Excel® des résultats obtenus par consensus pour chacun des critères. A la lecture de la figure 36 nous pouvons conclure que la dimension culturelle apparaît comme une dimension nécessitant une analyse plus approfondie. La figure 37 nous montre que les critères « déclaration des événements indésirables », « mesure de la culture sécurité » et « satisfaction des patients » doivent faire l'objet d'actions d'amélioration prioritaires.

Figure 36 - Exemple fictif de résultats globaux des 4 dimensions du modèle de Shortell

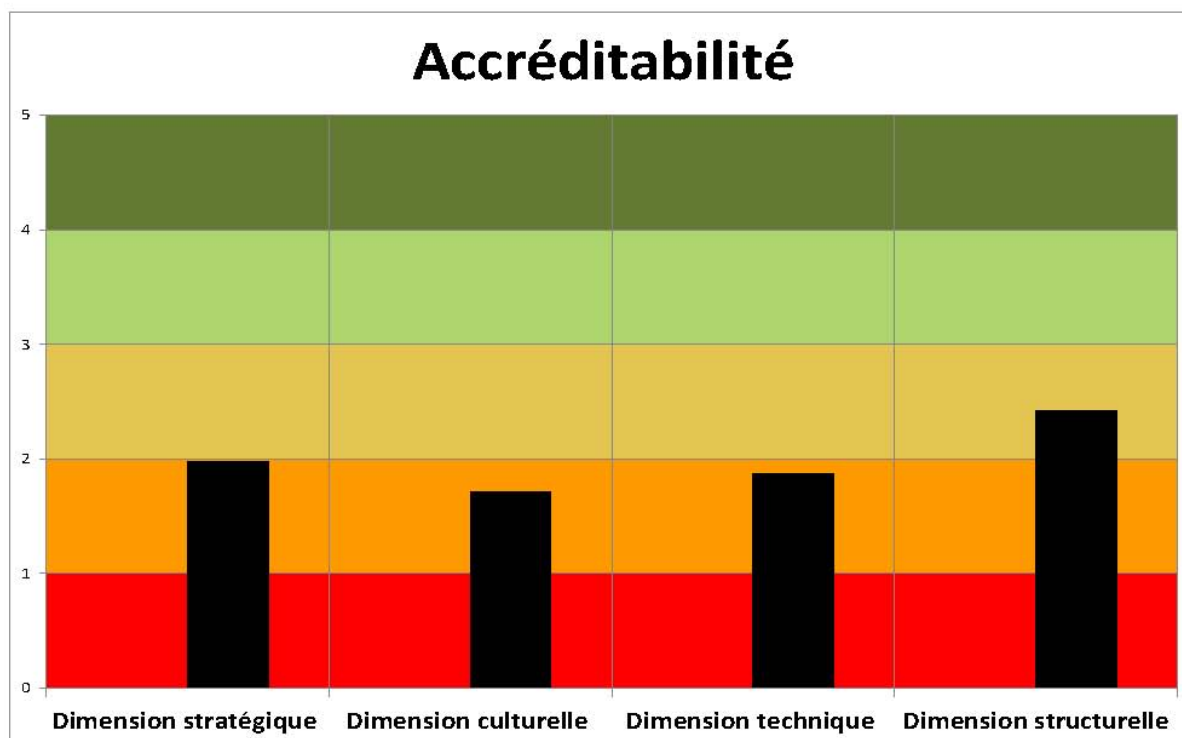
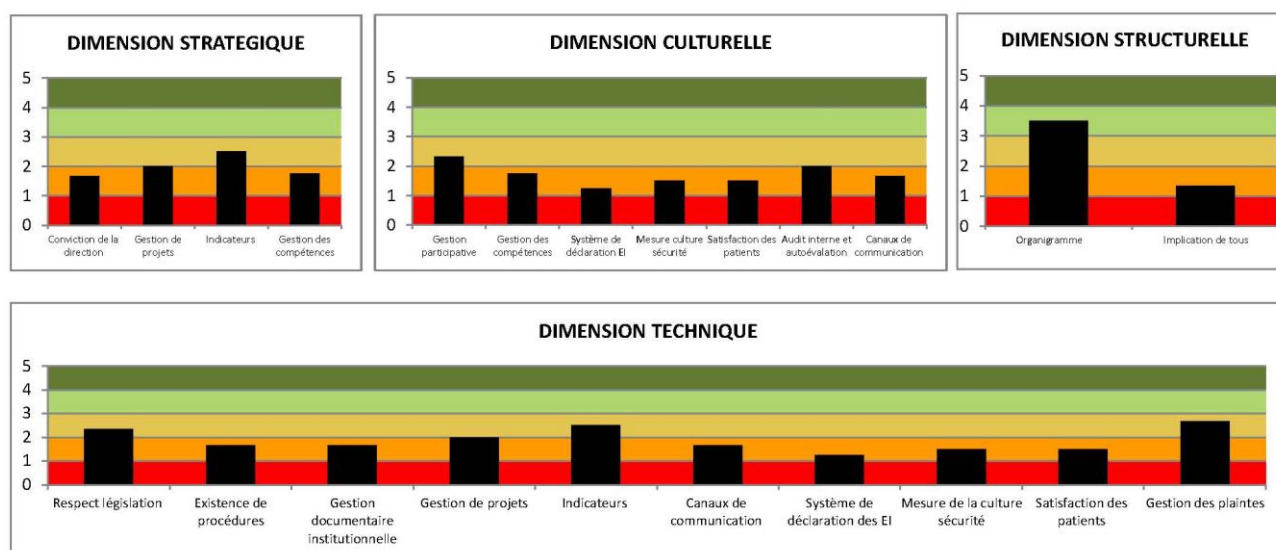


Figure 37 - Exemple fictif de résultats par dimension du modèle de Shortell



6. CONCLUSION

Par l'application de la grille d'accréditabilité, les institutions ont la possibilité d'avoir une vue systémique de leur état global en matière de qualité et de gestion des risques à un moment T. Cette vue d'ensemble permet de définir des priorités dans les quatre dimensions de la qualité définie par Shortell (structure, stratégie, culture et technique). Chaque hôpital étant unique, cette grille propose un cadre de travail générique pouvant répondre aux différents référentiels d'accréditation.

Pour tous les professionnels, l'autodiagnostic permet de faire participer tous les professionnels à la prise de décision, de dégager les difficultés et contraintes, de les amener à une adhésion autour des objectifs de l'établissement et de les sensibiliser sur les efforts à poursuivre dans le domaine de la qualité.

R. Grenier¹⁵¹ a rapporté que « *la planification et la réalisation pérenne d'un programme d'amélioration continue de la qualité exigent des efforts concertés. Elles demandent la mise en place d'un enchaînement, essentiellement cohérent, d'étapes caractérisées par : la convergence des efforts vers un but commun, des activités qui s'inspirent d'un processus décisionnel, l'implication de tous les niveaux hiérarchiques dans le maintien des points d'excellence et dans la correction des lacunes et l'identification des responsabilités des intervenants* ».

Avertissement

Dans notre étude, nous notons une certaine limite à la validité externe de la grille d'accréditabilité vu que celle-ci n'a été testée que sur un nombre d'hôpitaux limité.

Cet outil est donc empirique et permet de dégager une tendance en ce qui concerne des éléments systémiques d'une démarche qualité et de gestion des risques. L'outil ne reprend pas l'ensemble des critères des référentiels d'accréditation, mais reprend uniquement des éléments communs essentiels pour préparer la démarche d'accréditation.

Il ne permet pas a priori de tirer des conclusions concernant les démarches qualité déjà déployées au sein de l'institution.

Cet outil sera amené à évoluer dans le temps.

¹⁵¹ GRENIER Raymond. « Le processus de gestion de la qualité des soins – services » ; Soins Cadres ; N° 43, Septembre 2002, pp : 29-34

CONCLUSIONS

Il y a aujourd'hui un peu plus d'un an, la fédération Wallonie-Bruxelles décidait de commander une étude destinée à analyser les conditions nécessaires pour se lancer dans un processus d'accréditation. En effet, le secteur des soins de santé connaît une véritable effervescence autour de cette matière et de nombreuses questions se posent : quel référentiel choisir, comment préparer un hôpital à ce type de démarche, quel en est le coût, ... Il faut souligner que l'accréditation ne tombe pas de nulle part et répond non seulement à une réalité géographique et sociétale, mais également à une évolution de notre système de soins au sein duquel les normes ont connu une évolution en intégrant progressivement des éléments qualitatifs. L'accréditation n'est donc finalement que la suite logique de cette évolution.

Cette étude s'est concentrée sur la phase de préparation à l'initiation d'une démarche d'accréditation, afin de pouvoir fournir aux hôpitaux qui le souhaitent un ensemble de propositions susceptibles de faciliter la mise en œuvre du processus. Bien sûr, un tel exercice ne pouvait être réalisé sans un survol de ce qu'est l'accréditation, du contexte belge, ainsi que d'une comparaison des référentiels disponibles, ce dernier point pouvant avoir un impact sur ce à quoi les hôpitaux doivent se préparer.

Il ressort de l'étude que la grande majorité des thématiques couvertes par l'accréditation sont communes aux différents référentiels, ce qui implique que la préparation à l'accréditation peut se faire indépendamment du choix d'un référentiel en particulier. Par ailleurs, nous avons également vu que ces thématiques sont perçues comme importantes par de nombreuses directions d'hôpitaux, mais que la mise en œuvre des exigences liées à ces thématiques n'est pas encore aboutie. Nous en avons conclu que si l'accréditation pouvait être acceptée par les gens de terrain, car couvrant des problématiques rencontrées par ceux-ci, elle pouvait en plus servir de catalyseur pour amener les institutions à développer une amélioration continue de la qualité et de la sécurité.

Sur base de ces constats, une série d'acteurs ont été rencontrés afin de recueillir leurs sentiments relatifs aux conditions préalables indispensables pour se lancer dans un processus d'accréditation. La compilation de la vision de débutants en la matière, mais également de compétents et d'experts a ainsi permis de formuler une série de propositions concrètes en vue de développer un environnement favorable au processus d'accréditation.

Enfin, une grille de maturité a été développée afin de permettre aux institutions qui le souhaitent d'analyser leur situation et de se faire une idée sur leur capacité à se lancer dans un processus d'accréditation.

Au final, cette étude pourra donc servir comme véritable boîte à outils pour guider les hôpitaux dans leurs premiers pas vers le processus d'accréditation. Les différents constats dressés au fil du travail nous confortent en effet dans la conviction qu'une phase de préparation est indispensable. Ceci est d'autant plus vrai qu'aujourd'hui, aucun organisme d'accréditation n'offre une solution idéale pour nos hôpitaux, que ce soit pour des problèmes de langue, d'accompagnement, d'applicabilité ou de légitimité.

Les auteurs de l'étude tiennent à rappeler que l'accréditation n'est qu'un outil pouvant servir de levier pour développer une démarche d'amélioration continue. Se préparer pour utiliser l'outil apparaît comme une véritable nécessité afin de garantir le succès de la démarche, et, au final, une amélioration dans la prise en charge des patients.

LES AUTEURS DE L'ÉTUDE

Jean Bury, MD, Conseiller médical, santhea

Nicole Delmotte, Quality adviser

Odile Fima, Directrice honoraire des soins, expert visiteur honoraire à la HAS, formatrice reconnue en développement professionnel continu (DPC), France

Dominique Gainvorste, Directrice du Département Infirmier, Chêne aux Haies et Collaboratrice scientifique ESP-ULB, GRI QUASAR

Amélie Goossens, Conseiller économique, santhea

Denis Herbaux, PhD, Directeur du Département Etudes et Qualité, santhea

Agnès Jacquerye, PhD, Professeur à l'ESP-ULB, GRI QUASAR

Luc Mélotte, Directeur de l'Accréditation, ISoSL

Marius Laurent, MD, Collaborateur ESP-ULB, GRI QUASAR

Dan Lecocq, Maître de conférences et assistant chercheur CREGISI-DESULB GRI QUASAR

Nathalie Zandecki Collaborateur Scientifique ESP-ULB, GRI QUASAR

LE COMITÉ DE LECTURE

Baudouin Byl, MD, Hôpital Erasme

Guy Clynckemallie, Coordinateur Qualité, CHwapi

Valérie Dujeu, Coordinatrice qualité-sécurité des soins, CNDG

Isabelle Liebens, MD, Directrice Médicale Adjointe, CHR La Citadelle

Georges Van Cang, MD, Directeur Médical Adjoint, ISPPC

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier sincèrement Madame la Ministre Fadila Laanan et la Fédération Wallonie-Bruxelles pour la commande de l'étude et l'octroi du financement de celle-ci.

Nous tenons également à exprimer toute notre gratitude aux personnes ayant participé, de près ou de loin, à la réalisation de cette étude, et en particulier aux membres des directions des hôpitaux membres de santhea ayant répondu à l'enquête en ligne, aux hôpitaux s'étant portés volontaires pour l'exercice d'accréditation et aux membres du personnel qui y ont participé, aux participants à la journée CIMQES et au focus group santhea, ainsi qu'aux personnes qui ont accepté de répondre à nos questions.

Enfin, un grand merci aux membres de comité de lecture pour leurs précieux commentaires, ainsi qu'aux multiples experts du secteur des soins de santé avec qui nous avons eu l'occasion d'échanger tout au long de la réalisation de ce travail, et dont les conseils nous ont permis de finaliser ce guide.

LISTE DES DIAGRAMMES, FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 - Les étapes classiques de l'accréditation	14
Figure 2 - Lien entre les thèmes spécifiques et génériques du plan pluriannuel 2013-2017 du SPF SP	20
Figure 3 - Fonction des répondants.....	43
TABLEAU 1 - PERCEPTION DE L'IMPORTANCE ET DE L'IMPLÉMENTATION DE CHACUN DES CRITÈRES DE L'ENQUÊTE	45
Figure 4 - Evaluation des critères	47
Figure 5 - Correspondance Importance-Implémentation pour chaque critère	48
TABLEAU 2 - TOP 10 DES CRITÈRES PERÇUS COMME LES PLUS IMPORTANTS.....	49
TABLEAU 3 - TOP 10 DES CRITÈRES PERÇUS COMME LES MIEUX IMPLÉMENTÉS.....	49
TABLEAU 4 - CLASSEMENT DE LA GESTION DOCUMENTAIRE ET DE L'IMPLICATION DES ACTEURS.....	50
TABLEAU 5 - PERCEPTION POUR LES MÉDICAMENTS, LE BLOC OP ET LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES	50
TABLEAU 6 - TOP 10 DES CRITÈRES PERÇUS COMME LES PLUS IMPORTANTS PAR PROFIL	51
Figure 6 - Résultats par niveau d'analyse	56
Figure 7 - Résultats par POR.....	57
Figure 8 - Résultats pour le niveau Connaissance par fonction	57
Figure 9 - Identification du patient	58
Figure 10 - Check-List.....	59
Figure 11 - Transfert de l'information.....	59
Figure 12 - Formation	60
Figure 13 - Hygiène des mains.....	61
Figure 14 - Communication par POR.....	62
TABLEAU 7 - COMPARAISON DE L'ENQUÊTE AVEC L'EXERCICE	62
TABLEAU 8 - PREMIER MOT QUI VIENT À L'ESPRIT DES PARTICIPANTS QUAND LE TERME « ACCRÉDITATION » EST UTILISÉ	68
Figure 15 – « Si je vous dis « accréditation », à quoi pensez-vous ? » Principaux concepts évoqués par les participants	69
TABLEAU 9 - PREMIER MOT QUI VIENT À L'ESPRIT DES PARTICIPANTS LORSQU'ON LEUR DEMANDE CE QUI LES FAIT RÊVER QUAND LE TERME « ACCRÉDITATION » EST UTILISÉ	70
Figure 16 - « Dans ce mot « accréditation », qu'est-ce qui vous fait rêver ? » Concepts évoqués par les participants.....	71

TABLEAU 10 - PREMIER MOT QUI VIEN À L'ESPRIT DES PARTICIPANTS LORSQU'ON LEUR DEMANDE CE QUI LEUR FAIT PEUR QUAND LE TERME « ACCRÉDITATION » EST UTILISÉ	72
Figure 17 - « Dans ce mot « accréditation », qu'est-ce qui vous fait peur ? » concepts évoqués par les participants.....	73
Figure 18 - A priori, la politique générale de votre institution vous paraît-elle contribuer au développement d'une culture d'accréditation ?.....	76
Figure 19 - Questions adressées aux participants de la table ronde	82
TABLEAU 11 FORCES ET FAIBLESSES DES HÔPITAUX FRANCOPHONES VIS-À-VIS D'UNE POTENTIELLE DÉMARCHÉ D'ACCRÉDITATION IDENTIFIÉES PAR LES PARTICIPANTS	88
Figure 20 – Etude IPSOS 2011 : confirmation du souhait de synchroniser certification et démarches qualité des établissements.....	112
Figure 21 – les principaux éléments d'un cycle de certification décliné sur 4 axes – proposition de schématisation.....	116
Diagramme 1 - Recommandations en 5 catégories.....	119
Diagramme 2 - Les pré-requis	120
Diagramme 3 - La direction porteuse du projet accréditation.....	120
Diagramme 4 - Une structure de projet accréditation	121
Diagramme 5 - L'allocation des ressources.....	121
Diagramme 6 – Le plan de communication	122
Figure 22 - Phases du processus de conduite du changement organisationnel.....	124
Figure 23 - Ce qui motive les professionnels à adhérer à la démarche d'accréditation des établissements de santé.....	126
Figure 24 - Changement organisationnel à travers la gestion par projet dans les hôpitaux : la perception des acteurs.....	128
Figure 25 - Comment est perçue la démarche d'accréditation – enquête ANAES 2002 (graphique réalisé d'après les données disponibles)	129
Figure 26 – 7 journées rencontres unidisciplinaire.....	140
Figure 27 – Journées rencontres multidisciplinaires	141
Figure 28 – Journées rencontres multidisciplinaires	142
Figure 29 – A l'hôpital, des décideurs vers les cadres	143
Figure 30 – A l'hôpital, des cadres vers le terrain.....	144
Figure 31 – Ligne du temps pour la phase d'éveil	145
Figure 32 - Les 16 domaines identifiés	149
TABLEAU 12 - CLASSIFICATION DES DOMAINES DANS LES DIMENSIONS DU MODÈLE DE SHORTELL	152
Figure 33 - Cadre de référence de la grille d'accréditabilité	153

TABLEAU 13 - LES 5 NIVEAUX DE PRISE DE CONSCIENCE DE CROSBY	154
Figure 34 - Représentation de la grille d'accréditabilité	155
Figure 35– Page d'accueil de l'excel®	156
Figure 36 - Exemple fictif de résultats globaux des 4 dimensions du modèle de Shortell	171
Figure 37 - Exemple fictif de résultats par dimension du modèle de Shortell	171

Cette étude a été réalisée avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles



Contacts

Denis Herbaux, PhD

Directeur du Département Etudes et Qualité
Santhea ASBL
Quai au bois de construction, 9
1000 Bruxelles
02/210.42.98
denis.herbaux@santhea.be

Professeuse Agnès Jacquerye

Ecole de Santé Publique
Université Libre de Bruxelles
Route de Lennik, 808
1070 Bruxelles
02/555.36.65
Agnes.Jacquerye@ulb.ac.be