



# Accréditation des services de santé : projets internationaux

**L'accréditation des soins rencontre un intérêt grandissant partout dans le monde. Une coopération visant à échanger et établir des normes cohérentes s'est engagée au niveau international.**

## Elma G. Heidemann

Directrice générale,  
maîtrise en gestion  
des services de  
santé, Collège cana-  
dien des directeurs  
de services de santé,  
Collège américain  
des directeurs de ser-  
vices de santé

Partout à travers le monde, on constate un intérêt considérable qui ne cesse de croître à l'égard de l'accréditation des services de santé. Cependant, cela oblige aussi à se demander quel rapport peut être établi entre le programme d'accréditation d'un pays et celui d'un autre pays et, par conséquent, si l'accréditation peut aspirer à une certaine crédibilité à l'échelle internationale. Le présent document étudie un important projet international portant sur l'accréditation, celui de l'*International Society for Quality in Health Care* (ISQUA).

L'ISQUA, fondée en 1985, offre une tribune internationale aux professionnels, aux bailleurs de fonds et à ceux qui élaborent des politiques dans le domaine de la santé afin qu'ils puissent se rencontrer régulièrement pour discuter et échanger au sujet des projets portant sur tous les aspects de la qualité des soins de santé. L'*International Journal for Quality in Health Care*, revue réputée publiée par la société, constitue une importante source d'information sur les nouveaux projets et les travaux de recherche qui sont menés de par le monde sur la qualité des soins de santé. La fédération internationale des organismes d'accréditation des soins de santé, qui porte l'appellation de programme Alpha, relève de l'ISQUA. Alpha signifie *Agenda for Leadership in Programs for Healthcare Accreditation*. Alpha est le forum qui permet aux organismes d'accréditation des soins de santé à travers le monde de se réunir, de trouver un terrain d'entente et d'apprendre les uns des autres. C'est grâce au travail de cet important forum que l'on parvient à établir la crédibilité de l'accréditation des soins de santé au plan international [22, 23].

Depuis 1994, moment de la première rencontre des parties intéressées à l'accréditation, tenue à Treviso, Italie, dans le cadre du congrès annuel de l'ISQUA, le

programme Alpha a évolué. C'est à ce moment que fut déterminé le besoin de créer un forum à l'intention des organismes d'accréditation, tant ceux qui étaient établis que ceux qui étaient en émergence. Des progrès constants ont été réalisés au cours des cinq années qui ont suivi la rencontre de Treviso, jusqu'au lancement officiel du programme Alpha, à Melbourne, en 1999. Beaucoup d'organismes d'accréditation de partout dans le monde ont contribué à la mise sur pied officielle du programme Alpha. Par exemple, des travaux de recherche essentiels ont été menés avant 1999 par la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) des États-Unis.

Au moment de son lancement, le programme Alpha avait pour mandat de mener à bien trois activités bien précises. La première visait à établir et à maintenir une série de principes que les organismes d'accréditation des soins de santé pourraient utiliser comme fondement de leurs propres normes. La deuxième visait à établir et à maintenir un programme d'accréditation à l'intention des organismes d'accréditation. Une partie de cette activité consistait à élaborer des normes reconnues mondialement et qui serviraient aux organismes d'accréditation en vue d'évaluer leur propre rendement. La troisième activité visait la création et la prestation de programmes de formation afin d'aider les organismes d'accréditation en émergence. Cette activité devait, du moins à ses débuts, être tenue dans le cadre du congrès annuel de l'ISQUA. En 2000, après le lancement officiel du programme Alpha, les membres d'Alpha avaient déjà effectué un travail considérable en vue de compléter ces trois activités. L'organisme d'accréditation nationale de la France, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), a contribué grandement à cet effort en acceptant d'être l'hôte de la rencontre du programme

Extrait d'un discours prononcé lors du symposium international *Pour la qualité des soins de santé demain, quels choix stratégiques aujourd'hui ?* organisé par La Cipiq (Collaboration internationale des praticiens et intervenants en qualité-santé), Luxembourg, 8 mars 2001.

Alpha en juillet 2000, à Paris. Ce qui suit constitue une explication approfondie des deux premières activités.

### Les principes Alpha pour l'élaboration de normes d'accréditation

Les principes Alpha constituent la base ou le fondement pour l'élaboration de normes d'accréditation. Ces dernières, quant à elles, sont adaptées à chaque pays, c'est-à-dire qu'elles sont conçues de manière à répondre aux besoins d'un pays en particulier ainsi qu'à l'environnement qui lui est propre, pour ensuite être utilisées par ce même pays dans le cadre de son programme d'accréditation. Ces normes spécifiques à un pays sont à leur tour utilisées par des organismes de soins de santé qui participent au programme d'accréditation du pays en question. Donc, les principes fournissent une base commune à tous les organismes d'accréditation des soins de santé qui les utilisent. La figure 1 illustre la relation entre les principes Alpha et les normes nationales d'accréditation.

Le programme Alpha offre maintenant un programme à l'intention des organismes d'accréditation des soins de santé qui leur permet de faire évaluer leurs normes par des personnes de l'externe, afin d'en vérifier la conformité par rapport aux principes Alpha. Il s'agit là d'un programme particulièrement bénéfique pour les plus récents organismes d'accréditation qui n'en sont eux-mêmes qu'à s'établir et qui ont terminé la conception de leurs normes d'accréditation. Les principes peuvent s'appliquer aux normes en faisant abstraction du stade de développement du programme d'accréditation lui-même, c'est-à-dire qu'ils peuvent s'appliquer aux normes de programmes très récents ou en émergence, de même qu'à ceux qui existent depuis un bon moment.

Il existe six principes, lesquels sont résumés dans le tableau 1. Après une brève description de ces principes, suivront des exemples de la façon dont certains d'entre eux ont été incorporés par un programme national d'accréditation, soit le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

tableau 1

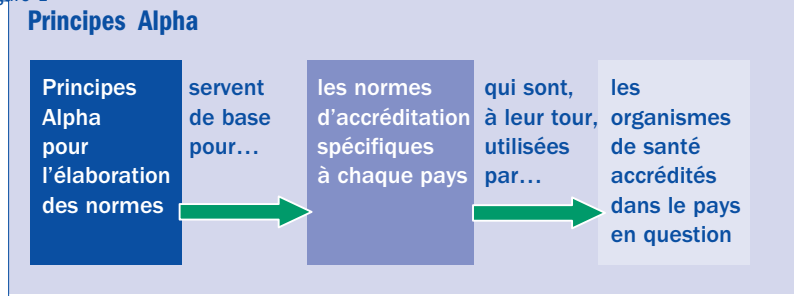
#### Les six principes Alpha

1. Cerner les fondements
2. Cerner les types
3. Définir la portée
4. Contenu exhaustif et clairement structuré
5. Formulation des normes fondée sur un processus bien défini
6. Évaluation du rendement

#### Premier principe : cerner les fondements

Les fondements sont les principaux éléments qui constituent la base des normes, par exemple : la participation des clients aux soins ; les droits des clients ; l'imputabilité (pour la qualité des soins) ; l'utilisation optimale des ressources ; la gestion des risques ; la planification

figure 1



stratégique à l'échelle de l'organisme ; les liens établis avec d'autres prestataires (pour la planification des soins et services et pour l'acheminement des clients) ; et l'amélioration continue de la qualité.

#### Deuxième principe : cerner les types de normes

Les types des normes qui sont utilisées doivent être clairement définis, c'est-à-dire qu'il faut préciser si les normes sont axées sur la structure (permettant ainsi de décrire la structure nécessaire pour offrir les soins, par exemple les ressources humaines et financières, l'équipement, les locaux, la structure des comités), sur les processus (permettant ainsi de décrire ce que fait l'organisme de tous les éléments constituant la structure en vue d'offrir les soins, en d'autres mots, il s'agit de la prestation des activités), ou si les normes sont axées sur les résultats (permettant de décrire le niveau acceptable de rendement qui doit être atteint ou ce qui résulte réellement des structures et des processus utilisés).

#### Troisième principe : définir la portée des normes

La portée fait référence à ce que les normes couvrent, ce sur quoi elles portent et dans quelle mesure. Par exemple, des normes peuvent s'appliquer à l'ensemble d'un organisme (par exemple, un hôpital) et à toutes ses fonctions et activités, ou elles peuvent s'appliquer uniquement à certains services ou groupes de clients à l'intérieur d'un organisme.

#### Quatrième principe : contenu exhaustif et clairement structuré

Une fois que les décisions sont prises concernant les fondements, le type et la portée des normes, il faut que les normes elles-mêmes soient exhaustives, c'est-à-dire qu'elles doivent inclure tout ce qui précède et être présentées dans une forme qui soit claire. Autrement dit, les normes doivent être rédigées de manière à bien couvrir ce sur quoi elles portent, cela de façon claire et structurée.

#### Cinquième principe : il existe un processus bien défini pour la formulation des normes

Pour obtenir de bonnes normes, il faut qu'elles soient élaborées en suivant un processus clair et rigoureux qui inclut les six étapes suivantes.

- participation des pairs : la participation de ceux



qui utiliseront les normes et de ceux qui sont directement intéressés par celles-ci est cruciale pour que leur conception soit réussie et pour qu'elles soient bien utilisées. Par conséquent, il est nécessaire de cerner les groupes pertinents le plus tôt possible ;

- consultation : une fois que les groupes pertinents ont été cernés, il faut établir un processus de consultation qui soit bien structuré. Ce processus devrait viser l'obtention d'un maximum de participants et de conseils tout en demeurant un processus facile à gérer en termes de temps et de ressources ;

- intégration des lois et règlements : la prestation des soins de santé est généralement régie par bon nombre de lois et de règlements, et il importe de préparer les normes à l'intention des organismes de soins de santé en étant pleinement conscients de ces lois et règlements pour ensuite prendre des décisions éclairées sur la pertinence de les citer dans les normes et sur la façon de le faire. Il faut aussi compter sur un processus qui permet d'être au fait des nouvelles lois ou des changements qui sont apportés à celles qui existent ;

- recherche : des travaux de recherche appropriés doivent être menés lorsque arrive le temps de formuler les normes et, par la suite, de les maintenir à jour ;

- mise à l'essai : il faut élaborer et implanter un moyen de tester les normes avant d'en étendre l'utilisation, afin de veiller à ce que les normes atteignent le but pour lequel elles sont conçues et que les problèmes soient décelés avant leur utilisation courante ;

- évaluation : une fois que les normes ont été mises en place, il faut que des mécanismes permettent de les évaluer sur une base continue.

### Sixième principe : évaluation du rendement

Les normes doivent permettre d'évaluer le rendement de l'organisme (par exemple, un hôpital) qui les utilise. Il faut décrire avec précision la façon dont les normes permettent d'atteindre cet objectif.

### Application particulière des principes Alpha : Conseil canadien d'agrément des services de santé

Les principes Alpha sont appliqués aux normes d'un

## Systemes d'accréditation hospitalière : comparaison et évolution

**Dans le milieu international de la santé, les secteurs hospitalier et ambulatoire, public et privé, poursuivent des initiatives de mise en place de programmes qualité.**

Dans de nombreux pays, la mise en place des programmes qualité est formalisée par les institutions gouvernementales ou les organisations professionnelles, sous la forme d'une méthode appelée « accréditation » (1917, création de l'Hospital Standardisation Program par Codman aux États-Unis d'Amérique, programme devenu, en 1950, de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation — JCAHO — aux États-Unis d'Amérique ; 1958, du Conseil canadien d'agrément des services de santé — CCASS — au Canada ; 1974, de l'Australian Council of Health Care Standards en Australie ; 1981, de la Generalitat de Catalunya ; 1995, du King's Fund Organisational Audit au Royaume-Uni et, en 1996, de l'Anaes en France).

Initiée dès le début du xx<sup>e</sup> siècle, cette démarche n'a pourtant connu un véritable essor international que dans les dix dernières années. Au sein de l'Union européenne, l'initiative de la

France est remarquable par la loi parlementaire de 1996 qui a formalisé le premier programme national d'accréditation dans un pays doté d'une couverture de santé universelle.

Mis à part l'accréditation, d'autres démarches de qualité peuvent être utilisées dans le domaine de la santé :

- la certification ISO,
- les initiatives qui s'inscrivent dans les prix qualité nationaux ou européens comme celui de la Fondation européenne pour le management de la qualité (EFQM).

Ces procédures sont fondées sur le concept d'amélioration continue de la qualité et de son évaluation. Au regard des deux autres systèmes cités ci-dessus, l'accréditation présente plusieurs caractéristiques : elle est pilotée sous la responsabilité de professionnels de santé ; elle prend en compte les spécificités du système sanitaire et des organisations de soins en se fondant sur les valeurs intrinsèques de la santé et de la culture professionnelle. Cela explique en partie que toute tentative de produire un programme d'accréditation international a, jusqu'ici, rencontré des difficultés significatives.

Une étude approfondie de l'accréditation dans plusieurs pays permet de

mettre en évidence des divergences d'organisation et des objectifs différents. En effet, le même concept d'accréditation utilisé recouvre des réalités différentes.

Le projet de cet article est d'étudier les programmes d'accréditation à travers trois thématiques : les caractéristiques communes des principaux systèmes d'accréditation existants, celles qui les différencient et leurs perspectives d'évolution.

La réponse à ces questions sera illustrée par des exemples tirés des principaux systèmes d'accréditation étrangers.

### Caractéristiques communes des systèmes d'accréditation

Il existe quatre caractéristiques communes :

- la prise en compte de l'ensemble de l'organisation des soins,
- l'existence d'un manuel (ou référentiel) rassemblant les standards de qualité,
- la visite réalisée sur site,
- la formalisation de la procédure par la production d'un rapport d'accréditation.

La procédure concerne l'ensemble d'un établissement de santé. Elle se

### James Goldberg

Directeur des relations internationales, Anaes

### Christophe Seguin

Chef de service FCM, délégation à la formation, AP-HP

### Charles Bruneau

Adjoint au chef de service « études et développement », direction de l'accréditation, Anaes

organisme d'agrément national et c'est ce qui sera illustré en utilisant les normes du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Établi en 1958, le programme du CCASS est un programme national utilisé par plus de 1 800 organismes canadiens et couvrant tous les secteurs des soins de santé. Plus de 325 professionnels de la santé occupant des postes de haute direction et provenant de partout au Canada jouent le rôle de vérificateurs externes (visiteurs) au nom du Conseil et réalisent entre 400 et 500 visites d'accréditation par année.

#### **Premier principe : cerner les fondements**

À titre d'exemple, le CCASS adoptait en 1995 le fondement de l'amélioration continue de la qualité pour l'insérer dans ses normes. Ce fondement, qui semble simple au premier abord, a eu une incidence incroyable sur les normes mais aussi sur l'ensemble du processus d'accréditation. Il a fallu changer l'orientation des normes qui étaient rédigées en fonction des services ou unités (unité de médecine, de soins infirmiers, de radiologie,

laboratoire, service de diététique, etc.) afin d'en faire des normes centrées sur le client, c'est-à-dire axées sur des groupes spécifiques de patients et sur les soins qu'ils reçoivent d'une multitude de services ou de prestataires de soins à mesure qu'ils évoluent à travers les diverses étapes de leur épisode de soins. L'évaluation a donc changé de point de mire pour s'orienter sur la façon dont les équipes de prestataires de soins offrent les soins et évaluent ces mêmes soins sur une base continue. Les équipes de prestataires de soins devaient dorénavant se réunir pour planifier les soins offerts aux clients (ce qui se reflétait dans les normes), pour étudier et évaluer ces soins régulièrement et pour évaluer les soins une fois qu'ils avaient été offerts. L'évaluation des soins devait être axée sur les résultats et être fondée sur un mécanisme d'amélioration de la qualité. Avec l'arrivée de l'amélioration continue de la qualité, le rôle des clients par rapport aux soins devenait, lui aussi, mieux défini (participation au processus de soins et à l'évaluation de ses résultats). Les normes se rapportant au leadership de l'organisme (conseil d'administration et direction)

distingue de la certification ISO, qui peut ne concerner qu'une partie de l'activité d'un organisme de santé ou d'un hôpital (laboratoire, cuisine, service achat...). L'accréditation se définit par l'évaluation, la mesure et la reconnaissance du fait qu'une organisation est capable de produire des soins, selon des critères de qualité préétablis (et donc de mobiliser l'ensemble de ses secteurs d'organisation des soins).

Un document appelé « référentiel » regroupe des standards de qualité et de sécurité. Ces standards (ou références en France) concernent les structures, l'organisation et les procédures. De plus, d'autres standards, récemment développés, portent sur les résultats et les pratiques professionnelles. Leur nombre est susceptible d'augmenter. Les références ne concernent pas simplement l'organisation transversale de l'établissement : l'Anaes, la JCAHO et le CCASS ont aussi prévu un chapitre entier sur les droits du malade dans le développement d'une dimension éthique orientée vers le patient.

L'architecture du manuel est, en général, le reflet de l'approche qualité qui a été choisie ; approche structurelle pour la Catalogne ou le King's Fund au Royaume-Uni, approche fonctionnelle,

pour la JCAHO. Son manuel est constitué de trois sections (version révisée en 1998). Elles portent sur « *les fonctions centrées sur le patient* », « *les fonctions centrées sur l'organisation* » et les « *structures avec fonction* ». Cette approche ne néglige pas pour autant les structures puisqu'un tableau à double entrée permet de vérifier quels standards sont applicables, par département ou par fonction exercée dans l'hôpital.

Le manuel canadien, dans la version actuellement utilisée, a choisi une approche mixte, fonctionnelle, centrée sur le patient, mais déclinée par regroupements d'usagers (gériatrie, oncologie, chirurgie...).

La troisième caractéristique commune des systèmes d'accréditation est l'existence d'une phase d'évaluation externe, menée sur site par des professionnels de soins, c'est-à-dire des pairs et non des professionnels de l'audit comme dans la procédure de certification ISO. Les visiteurs peuvent être des professionnels hospitaliers qui ne consacrent qu'une part marginale de leur temps à cette activité (France, Canada, visiteurs HQS au Royaume-Uni), ou bien des professionnels qui se spécialisent à temps complet dans cette

activité (une partie des « *surveyors* » de la JCAHO). Il peut aussi s'agir, comme en Catalogne, de médecins ou pharmaciens inspecteurs salariés du gouvernement. Le processus d'accréditation est orienté par la nature des évaluateurs et leurs objectifs. Le choix du profil des experts reflète la philosophie et le positionnement de l'accréditation dans les démarches de qualité. Cette question concerne l'ensemble des pays et suscite un débat international (cf. article sur les normes internationales dans ce même dossier).

L'aboutissement de la procédure est la délivrance d'un rapport d'accréditation dont la validité varie de trois à cinq ans selon les pays. Dans la plupart des cas, l'établissement doit répondre à ce rapport et apporter des réponses sur les points qui suscitent des réserves mineures ou des réserves majeures.

Ces notions d'évaluation et de « *scoring* » sont un défi pour chaque pays car ils doivent à la fois être crédibles et utiles à l'organisation de soins pour l'amélioration de sa qualité. Ils doivent aussi anticiper l'évolution des standards et celle de nos systèmes de soins.

Les comparaisons internationales permettent d'approfondir le débat ►



ont aussi été rédigées de manière à refléter le soutien nécessaire pour que les équipes de soins soient capables de procéder à la prestation des soins. De la même manière, les normes des services de soutien, tels que ceux consacrés à la gestion des ressources humaines, de l'information et de l'environnement, ont été réécrites pour mieux faire ressortir le soutien nécessaire pour aider les équipes de prestations de soins à offrir des soins de qualité aux clients.

De même, un nouveau fondement a été ajouté aux normes produites par le CCASS en 2000, soit l'approche fondée sur la santé de la population. Ce fondement oblige tous les organismes de santé agréés à savoir quels sont leurs rôles et leurs responsabilités en ce qui concerne la santé des populations qu'ils desservent. Les organismes doivent étudier les données disponibles et susceptibles d'être produites par des sources externes pour décrire l'état de santé ainsi que les besoins en matière de soins de santé des populations desservies, pour ensuite utiliser ces données dans la planification des programmes et des services. Les programmes d'un

organisme de soins de santé doivent aussi étudier dans quelle mesure leurs services contribuent à la promotion de la santé en plus de contribuer à la guérison. L'approche fondée sur la santé de la population permet aux organismes de soins de santé d'établir des liens plus étroits avec leur communauté et mène à des services qui reflètent mieux les besoins de la communauté.

### **Deuxième principe : cerner les types de normes**

Les normes du CCASS sont axées sur les résultats, dans ce sens que toutes les normes sont exprimées sous forme de but à atteindre. Les critères qui accompagnent les normes décrivent, quant à eux, les processus ou les structures qui devraient exister pour qu'il y ait conformité aux normes.

Les normes de la plupart des organismes d'accréditation des soins de santé ont subi une évolution. D'abord axées sur la structure, donc centrées sur des « éléments » (ressources humaines et financières, édifices et équipement, structures organisationnelles telles que les comités) dont un organisme a besoin pour fonctionner,

## Systemes d'accréditation hospitalière : comparaison et évolution

- ▶ autour de chacune de ces quatre caractéristiques. Le groupe Alpha est composé de plus de 14 groupes d'accréditation qui travaillent depuis plus de cinq ans pour favoriser les échanges entre les organisations d'accréditation et le développement de principes et de standards pour guider ces organisations dans leur démarche.

### **Les divergences des systèmes d'accréditation**

La divergence est discutée sur quatre points :

- les origines de l'accréditation (pouvoirs publics, professionnels ou autres),
- les responsables de sa mise en place et de son pilotage (professionnels, tutelle ou autres),
- le caractère volontaire ou non de la démarche,
- ses conséquences.

Au regard de ces quatre critères, nous avons choisi de proposer trois grands modèles d'accréditation (d'après E. Scrivens, [43]) : le modèle historique d'accréditation, le modèle de régulation et un modèle mixte.

Le modèle d'accréditation dit « historique » correspond à une accréditation initiée et pilotée par des représentants

des professionnels eux-mêmes. Dans ce contexte, la démarche est volontaire pour les hôpitaux et/ou les organisations de soins qui ne retirent pas du résultat délivré d'avantage explicite. Elle valorise ainsi la recherche de la qualité et de la sécurité. Ce modèle est caractéristique du Canada.

Le modèle de régulation, comme son nom l'indique, est essentiellement placé sous la responsabilité des tutelles qui recherchent à la fois un moyen d'améliorer la qualité et un critère permettant de sélectionner les hôpitaux avec lesquels les gouvernements souhaitent passer des contrats. Dans cette situation, ces derniers assurent la mise en œuvre de la démarche et conditionnent la prise en charge financière publique des soins réalisés par l'hôpital au résultat de l'accréditation. C'est le modèle, limité dans son application, que l'on retrouve en Catalogne et en Italie (où chaque région met en place sa propre procédure).

Entre ces deux modèles, on retrouve plusieurs pays, dont les États-Unis, initiateurs de l'accréditation des hôpitaux et des organisations de soins. Aux États-Unis d'Amérique, en effet, si l'initiative a bien été prise par les professionnels qui continuent à piloter

leur démarche de façon indépendante, les résultats de l'accréditation ont un impact sur les organisations de soins et le remboursement des prestations délivrées aux patients du programme Medicare (prise en charge fédérale des soins au-delà de 65 ans). La JCAHO, organisme d'accréditation privé et indépendant des pouvoirs publics, a été transformée en « auxiliaire » du programme fédéral. D'autant plus que, depuis 1972, des amendements du Congrès ont donné le pouvoir à la *Health Care Financing Administration* de faire des arbitrages dans ce domaine, au nom du gouvernement.

En France, l'accréditation est placée sous la responsabilité du gouvernement. Cependant, il a assuré la présence d'au moins 75 % de professionnels de santé dans le conseil d'administration. À l'exception des représentants des usagers, le conseil scientifique et le collège d'accréditation sont entièrement composés de professionnels. De plus, l'Anaes est la seule organisation d'accréditation nationale dont le conseil scientifique comprend des experts internationaux (nommés par le ministère). Ces experts ne sont pas issus du gouvernement mais font partie des groupes profes-

les normes ont ensuite incorporé la notion de processus, c'est-à-dire des normes qui permettent de constater ce qui est fait de ces « éléments » en vue d'offrir des soins de qualité aux clients. Enfin, les normes sont maintenant axées sur les résultats, ce qui permet de se concentrer sur les résultats qui sont visés par les soins et services. Il est difficile de savoir si des normes d'agrément peuvent ou devraient correspondre à un seul type exclusivement. L'on s'intéresse beaucoup pour le moment aux normes axées sur les résultats et on leur accorde une grande place, mais, lorsque les résultats escomptés ne sont pas atteints, il est encore nécessaire de se tourner vers les structures et les processus afin de savoir pourquoi les buts n'ont pas été atteints.

### **Troisième principe : définir la portée des normes**

Les normes du CCASS portent sur l'ensemble de l'organisme de soins de santé. Les normes sont divisées en trois volets principaux : les normes de prestation de services, les normes des services de soutien et les normes de leadership et partenariat. Il existe des

normes de prestation de services pour les principaux types de soins et services (courte durée, longue durée, santé mentale, réadaptation, oncologie, etc.). Ces normes correspondent au processus de soins, de l'accueil ou de l'admission du client en passant par la planification et la prestation des soins et services, ainsi que l'évaluation des soins et services offerts, jusqu'à la planification du suivi qui sera nécessaire après que le client aura reçu son congé.

Les normes des services de soutien portent sur trois importants secteurs de l'organisme : la gestion des ressources humaines, la gestion de l'information et la gestion de l'environnement. Les normes de gestion des ressources humaines traitent de sujets tels que la planification des ressources humaines, les compétences du personnel et l'évaluation continue de leur rendement, la formation continue et le perfectionnement du personnel. Les normes de gestion de l'information couvrent l'information clinique (par exemple, les dossiers des clients) de même que les données financières et les statistiques qui doivent être conservées par l'organisme.

sionnels dans leur communauté de santé.

### **Les perspectives d'évolution des systèmes d'accréditation**

Les systèmes d'accréditation sont loin d'être figés : riches des expériences accumulées, confrontés à de nouveaux enjeux et aux attentes des personnes malades comme des professionnels de soins, ils font régulièrement évoluer leurs référentiels et leurs standards ainsi que leurs procédures.

Deux exemples de ces évolutions illustrent ce propos : le CCASS et la JCAHO.

Cinq ans après la mise en place de son nouveau programme d'accréditation « centré sur le patient », le CCASS propose de nouvelles normes, « *mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation* » (Mire). Si l'approche centrée sur le « client » est bien maintenue et même renforcée, le programme incite les hôpitaux à mettre en place des indicateurs qui leur permettront de mesurer et suivre les résultats (et ainsi d'assurer un suivi de l'amélioration de leur démarche qualité entre deux visites d'accréditation). Par ailleurs, Mire renforce la notion d'amélioration continue de la qualité qui a pû d'un

contexte budgétaire difficile. Mire met enfin l'accent sur la gestion des risques ainsi que sur la prise en compte globale de la santé de la population.

Les plus récents programmes de la JCAHO distinguent plusieurs niveaux de stratégie de développement :

- l'accès public à la synthèse du rapport d'accréditation de chaque hôpital, sur son site internet ;
- le développement d'un programme d'indicateurs de performance qui souligne les améliorations de performance et les résultats des établissements sur les sujets prioritaires en santé et soins ;
- la poursuite du développement d'un programme de sécurité (« *sentinel event* ») depuis cinq ans qui permet non seulement l'identification de situations à risque, mais aussi favorise l'analyse des causes et la mise en place d'une solution ;
- le programme de surveillance de l'accréditation continue qui offre à chaque établissement accrédité des évaluations et des conseils annuels entre deux procédures d'accréditation ;
- l'intégration de différents programmes de qualité (exemple : ISO, Baldrige, EFQM...) pour améliorer leur

programme d'accréditation. Par ailleurs, la JCAHO a créé la Joint Commission International pour mieux comprendre les besoins des organisations de santé internationales.

Il est important de souligner que les accréditations des différents pays s'ouvrent les unes aux autres et que, partout, les citoyens sont associés, à la fois comme sources d'information et comme destinataires des rapports d'accréditation.

L'Anaes a bénéficié de tous ces programmes et de leur évolution pour formaliser sa démarche actuelle (programme de formation des visiteurs-experts, développement des indicateurs et programmes de qualité transversale) et ses futurs développements (accréditation de l'hospitalisation à domicile et des réseaux de soins).

La démarche française s'est inspirée surtout des modèles canadien et australien, par leur approche transversale centrée sur le parcours du patient et leur orientation pédagogique, responsabilisant l'établissement.

L'auto-évaluation multiprofessionnelle est prioritaire et la visite devient avant tout une validation de cette auto-évaluation. Le CCASS et la JCAHO ont accompagné l'Anaes dès la conception



La diffusion des données à travers l'organisme et l'accès à l'information sont aussi des sujets couverts par ces normes. Les normes de gestion de l'environnement portent sur tous les aspects de l'environnement de l'organisme. Cela comprend les normes de prévention des infections ainsi que celles qui traitent de l'équipement requis et de son utilisation sécuritaire, ainsi que des édifices ou des locaux devant être sécuritaires et propices à la prestation de soins de santé.

Les normes de leadership et partenariat portent sur ce qui est exigé du conseil d'administration et des gestionnaires de l'organisme pour que ce dernier soit en mesure d'offrir les soins. Ces normes mettent aussi l'accent sur le fait qu'il est nécessaire que l'organisme établisse et maintienne de bons partenariats avec d'autres organismes de soins de santé de sa communauté qui offrent, eux aussi, des soins de santé. Ces liens visent à ce que les clients puissent passer aisément d'un organisme de soins de santé à un autre si leurs soins l'exigent sans qu'il y ait un double emploi superflu des soins et services offerts par ces organismes.

Le principe de la portée des normes est aussi lié au caractère exhaustif des normes d'un organisme de soins de santé. Dans le cas du programme d'agrément du CCASS, les normes couvrent toute la gamme des soins de santé, soit les soins de courte durée, les soins de longue durée, les soins de santé mentale, la réadaptation, les soins d'oncologie, les soins de santé communautaire, ainsi que les soins et services à domicile.

### **Quatrième principe : contenu exhaustif et clairement structuré**

Ce fondement, comme nous l'avons précisé plus tôt, fait référence à la façon dont les normes sont présentées afin de s'assurer qu'elles constituent un outil efficace d'évaluation de la qualité. Les normes du CCASS couvrent tous les aspects du fonctionnement d'un organisme de soins de santé et, dans ce sens, leur contenu est exhaustif. Les normes du CCASS possèdent aussi un contenu très structuré qui est avant tout fondé sur les principales sections de normes : les normes de prestation de services, les normes des services de soutien et les

## Systemes d'accréditation hospitalière : comparaison et évolution

► de sa démarche, dans l'élaboration des référentiels, dans la formalisation des étapes de la procédure, dans la sélection et la formation des experts-visiteurs, dans la structuration du rapport, dans le développement de sa politique de communication. Il est essentiel de souligner que la France n'a pas choisi de copier ces démarches étrangères, qui viennent de pays avec des systèmes de santé différents. Mais ces échanges ont permis un débat avec les professionnels pour permettre la mise en place d'une démarche inspirée de la culture du système de santé français.

### **Conclusion**

Tous les pays sont à la recherche de moyens permettant de rendre leurs institutions de soins plus performantes, au moins en termes de qualité de production et de sécurité.

Au-delà des divergences mises en évidence dans ce texte, on peut dire que l'ensemble des systèmes d'accréditation permettent de satisfaire en partie cet objectif.

Toutefois, certaines questions sont soulevées aujourd'hui avec insistance par les différentes parties concernées, qui poursuivent elles-mêmes des buts

de natures différentes. Elles peuvent se résumer ainsi :

- l'accréditation est-elle le modèle le plus performant pour atteindre cet objectif ? Nous ne savons pas quels modèles d'analyse de la qualité choisiront les pays européens. Aujourd'hui, néanmoins, les contenus de ces programmes font de plus en plus appel à la capacité à anticiper les questions de qualité et de sécurité au sein des organisations de soins et surtout à répondre aux attentes des citoyens et des patients ;

- l'accréditation est-elle efficace et suffisante ? Alors que 80 % des hôpitaux sont accrédités aux États-Unis, un rapport met en évidence que 100 000 décès de patients hospitalisés surviennent tous les ans à cause de « *medical errors* » (terme générique pour désigner des erreurs liées aux activités de l'ensemble des professionnels de soins) dont une partie pourrait être évitée. La question se pose de la même façon dans de nombreux pays, quelle que soit l'ancienneté de leur système d'accréditation.

De ce constat, on peut souligner que l'accréditation est la première pierre de l'édifice de la maîtrise de la qualité dans les prestations de soins et qu'elle doit

être complétée par d'autres solutions. Les échanges internationaux confirment cette observation et élargissent les ressources et les choix des programmes de qualité.

Il est indispensable que des programmes de communication dynamiques entre les tutelles, l'ensemble des professionnels concourant aux soins et les patients soient développés pour assurer l'objectivité dans la poursuite de la qualité.

Les programmes de formations initiale et continue doivent intégrer l'accréditation pour assurer une évolution de cette approche.

L'impact international est indiscutable dans l'ensemble des sciences de la qualité en santé. ■

normes de leadership et partenariat. Ensuite, à l'intérieur de chacune de ces grandes sections, les normes sont présentées en fonction du processus de prestation des soins et services. Dans les normes de prestation de services, par exemple, l'accent porte sur le processus de prestation de soins et services aux clients et les normes englobent chacune des étapes de ce processus. Dans la section des normes des services de soutien, l'accent est mis sur la prestation de services aux clients (souvent les prestataires de soins usuels), qu'ils proviennent de l'intérieur ou de l'extérieur de l'organisme. Une fois encore, les étapes nécessaires à la prestation de soins et services sont couvertes par les normes.

**Cinquième principe : il existe un processus bien défini pour la formulation des normes**

Si l'on veut que les normes bénéficient d'une bonne crédibilité, elles doivent être formulées en suivant un processus clair et transparent. Comme nous l'avons déjà mentionné, les principes Alpha décrivent un processus constitué de six étapes visant l'élaboration de normes, et le CCASS suit ce processus.

L'élaboration des normes du CCASS voit d'abord le jour au sein de comités consultatifs nationaux. Ces comités sont composés de représentants d'organismes offrant le type de soins ou de services qui sera couvert par les normes, ainsi que de représentants des principaux groupes de partenaires qui s'intéressent aux normes. Les vérificateurs externes du CCASS (les visiteurs) y sont aussi représentés. Le CCASS met sur pied des groupes consultatifs pour chaque groupe de clients qu'il dessert. Les comités consultatifs offrent des conseils sur la pertinence des principaux fondements des normes, ainsi que sur le contenu de celles-ci. Le CCASS met aussi sur pied des comités d'experts (comités offrant un bassin d'expertise dans des secteurs bien précis, par exemple un comité sur les soins intensifs) quand cela est nécessaire afin de veiller à ce que les éléments plus détaillés des normes soient appropriés.

Le CCASS effectue une vaste consultation sur les principaux fondements des normes ainsi que sur des éléments précis de leur contenu auprès d'organismes nationaux de soins de santé (il en existe 86 et le CCASS les rencontre ensemble une fois par année à des fins de consultation). De plus, le CCASS consulte les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux au sujet des principales orientations et des fondements qui sont préconisés dans les normes.

Les comités consultatifs, de concert avec le personnel du CCASS, se penchent sur toutes les lois et tous les règlements auxquels ils faut référer dans les normes. Le personnel du CCASS revoit régulièrement les lois et les règlements d'origine fédérale, provinciale ou territoriale afin de veiller à ce que les normes les reflètent avec pertinence. Le personnel effectue aussi des travaux de recherche liés aux normes pour s'assurer qu'elles reflètent les courants actuels et les pratiques qui existent en matière de prestation de soins de santé. Des efforts

sont faits en vue de cerner rapidement les tendances qui peuvent faire en sorte qu'on doive changer, éliminer ou ajouter des normes.

Une fois que l'ébauche des normes du CCASS est rédigée, les normes sont mises à l'essai dans le milieu et soumises aux conditions réelles d'une visite d'agrément. En général, il existe deux phases de mise à l'essai : la phase Alpha et la phase Bêta. La phase Alpha inclut un très petit nombre d'organismes de soins de santé qui acceptent d'utiliser les nouvelles normes au cours de leur visite d'agrément. Ces organismes participent aussi par la suite à l'évaluation des normes et émettent des recommandations pour que l'on sache quelles normes sont au point et lesquelles doivent être améliorées. Après la phase Alpha, des corrections sont apportées aux normes et elles sont ensuite soumises à la phase Bêta. Cette deuxième phase de la mise à l'essai dans le milieu inclut la participation d'un plus grand nombre d'organismes de soins de santé qui testent les normes dans les conditions réelles d'une visite d'agrément. D'autres corrections sont ensuite apportées aux normes et la version finale peut enfin voir le jour. Une fois terminées, les normes du CCASS sont évaluées sur une base régulière et des changements y sont apportés au besoin. Les normes subissent une révision majeure tous les trois ou cinq ans.

**Sixième principe : évaluation du rendement**

Les normes d'agrément servent de base à l'évaluation du rendement des organismes de soins de santé. La façon exacte dont cette évaluation est effectuée varie d'un programme d'agrément à un autre. Le processus d'évaluation du CCASS est constitué de plusieurs étapes. La première étape consiste à ce que les organismes de soins de santé qui se font agréer remplissent une auto-évaluation de leur rendement par rapport aux normes d'agrément. Les organismes évaluent leur rendement en utilisant une échelle de conformité qui comporte sept points et fournissent des preuves à l'appui de la cote qu'ils se sont accordée dans l'évaluation. Les organismes se cotent tant par rapport aux normes qu'aux critères. Le document d'auto-évaluation est ensuite remis à l'équipe des visiteurs, qui effectuera la vérification sur les lieux mêmes de l'organisme. L'équipe de visiteurs utilise les mêmes normes et la même échelle de conformité pour produire sa propre évaluation du rendement de l'organisme. Lorsqu'ils attribuent une cote se situant sous un certain niveau, les visiteurs doivent émettre une recommandation. À l'aide d'une échelle qui comporte quatre cotes, ils doivent ensuite évaluer le niveau de risque auquel l'organisme sera soumis si le problème décrit dans la recommandation n'est pas réglé. Les cotes attribuées à chaque norme et critère sont ensuite amalgamées afin de prendre une décision concernant le type d'agrément qui doit être attribué à l'organisme. Les organismes se voient attribuer l'un des types d'agrément qui suivent : agrément, agrément avec suivi sous forme de rapport, agrément





avec suivi sous forme de visite supplémentaire et refus d'agrément. Dans le processus d'agrément du CCASS, l'évaluation du rendement comprend à la fois l'auto-évaluation et la vérification par des pairs de l'externe, qui sont effectuées à l'aide de normes et d'une échelle de conformité numérique. Les cotes attribuées par rapport aux normes et aux critères peuvent être regroupées pour déterminer le type d'agrément qui sera décerné à l'organisme de santé.

Les six principes Alpha sont extrêmement utiles aux organismes d'agrément quand vient le temps d'élaborer les normes. L'ensemble de ces principes fournit un cadre qui sert de guide dans l'élaboration des normes. Par contre, ces principes offrent à la fois assez de flexibilité pour que les normes propres à un pays ou à une région puissent refléter les besoins de ceux-ci ainsi que leurs préférences et leur stade d'avancement.

### Les normes Alpha à l'intention des organismes d'accréditation

Jusqu'ici, nous avons décrit les principes Alpha pour l'élaboration des normes de soins de santé. Nous nous tournerons maintenant vers les autres aspects du programme Alpha qui portent sur les normes, soit les normes internationales que le programme Alpha a élaborées à l'intention des organismes d'accréditation. Ces normes forment la base de l'évaluation du rendement des organismes d'accréditation et de la façon dont ils s'acquittent de leur rôle.

Les normes élaborées à l'intention des organismes d'accréditation découlent des travaux réalisés par le groupe Wellington. Ce groupe a été constitué au début des années quatre-vingt-dix à l'instigation du Quality Health New Zealand (QHNZ), programme national d'accréditation de la Nouvelle-Zélande. Le QHNZ avait reçu une subvention de démarrage du gouvernement de la Nouvelle-Zélande et, après que la subvention eut été utilisée, le gouvernement

demanda une évaluation du QHNZ et de ses réalisations. Dans ce but, un groupe international fut mis sur pied pour créer un programme d'évaluation des programmes d'accréditation. À l'origine, ce groupe comptait des représentants du QHNZ, du Conseil canadien d'agrément des services de santé, du King's Fund Organisational Audit Program in the United Kingdom (maintenant le Health Quality Service ou HQS) et l'Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). Ce groupe est devenu connu sous le nom de groupe Wellington parce que sa première réunion a eu lieu à Wellington, en Nouvelle-Zélande. Le groupe a préparé une série de normes et jeté les bases d'un processus devant servir à accréditer les organismes d'accréditation des soins de santé et ces deux éléments furent d'abord utilisés dans le but d'évaluer le Quality Health New Zealand.

Plus tard, les normes et le processus élaborés par le groupe Wellington constituèrent la base que le programme Alpha a utilisée pour l'accréditation des organismes d'accréditation des soins de santé. Des normes nouvelles et améliorées, qui incluaient les normes ISO pertinentes, furent élaborées et mises à l'essai, et un processus nettement meilleur fut aussi élaboré et testé pour réaliser des visites d'accréditation dans les organismes d'accréditation. Les normes et le processus ont été évalués par les organismes d'accréditation du monde entier au cours d'une rencontre tenue à Melbourne, en Australie, à l'automne 1999. Depuis, d'autres améliorations ont continué d'être apportées. Des hauts gestionnaires de programmes d'accréditation de divers pays dans le monde jouent le rôle de vérificateurs externes (visiteurs). Les organismes d'accréditation déposent une demande officielle au programme Alpha en vue d'obtenir une vérification par des pairs de l'externe. Ensuite, ils demandent que leurs normes soient évaluées par rapport aux principes Alpha. Après cela, la vérification par des pairs de l'externe peut avoir lieu.

La figure 2 illustre l'utilisation des normes Alpha par les organismes d'accréditation. Ces normes sont utilisées par les organismes d'accréditation (tant ceux qui sont en place depuis un bon moment que ceux qui sont en émergence) afin d'évaluer leur propre rendement (auto-évaluation) et comme base à la vérification externe (la visite d'accréditation) qui suit. Le résultat visé par le processus est d'abord et avant tout l'accréditation de l'organisme d'accréditation, mais aussi la coordination qui en résulte étant donné que les organismes d'accréditation du monde utilisent tous les mêmes normes pour régir la façon dont ils effectuent l'accréditation dans leur propre milieu. À l'avenir, l'on s'attend à ce que les normes permettent d'établir des comparaisons entre les organismes d'accréditation et de poser des jalons pour l'évaluation du rendement. L'un des buts visés est aussi l'élaboration et l'utilisation d'un ensemble d'indicateurs de rendement à l'intention des organismes d'accréditation.

Les normes à l'intention des organismes d'accréditation portent sur dix secteurs d'activités de tout organisme d'accréditation. Ceux-ci sont résumés dans le tableau 2.

figure 2

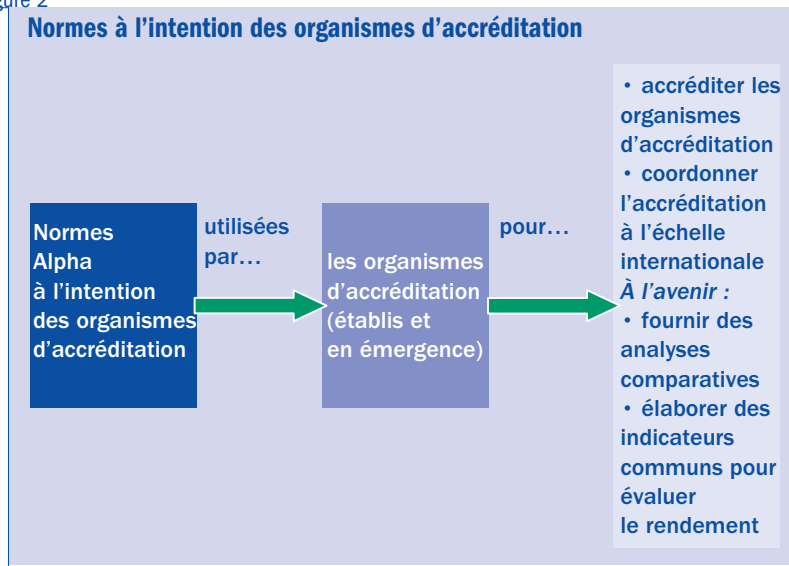


tableau 2

### Normes internationales à l'intention des organismes d'accréditation (10 secteurs)

Gouverne de l'organisme et orientations stratégiques  
 Rendement de l'organisme et de la direction  
 Gestion des ressources humaines  
 Sélection, formation et déploiement des visiteurs  
 Gestion des finances et des ressources  
 Gestion de l'information  
 Gestion des visites  
 Processus d'accréditation  
 Élaboration des normes  
 Formation et information

- **gouverne de l'organisme et orientation stratégique** : ce secteur porte sur le rôle et les responsabilités du conseil d'administration des organismes d'accréditation quant au rôle du conseil d'administration dans la détermination des orientations stratégiques de l'accréditation et à la manière dont les organismes d'accréditation mènent leurs affaires. Ce secteur décrit aussi la nécessité qu'un conseil d'administration définisse clairement ses partenaires et la façon dont il compte établir des liens avec eux. Les normes obligent aussi le conseil d'administration à définir comment il compte mener et évaluer ses propres activités ;

- **rendement de l'organisme et de la direction** : à l'instar des normes conçues pour le conseil d'administration, ces normes décrivent toutes les activités auxquelles la direction d'un organisme d'accréditation doit prendre part pour mener à bien les affaires de l'organisme. Cela comprend l'obligation pour la direction d'évaluer son rendement sur une base continue ;

- **gestion des ressources humaines** : ce secteur de normes est dévolu au personnel des organismes d'accréditation. Il traite du recrutement et de la formation du personnel, ainsi que de l'évaluation de son rendement sur une base continue. Il traite aussi du milieu de travail nécessaire pour obtenir un rendement efficace du personnel ;

- **sélection, formation et déploiement des visiteurs** : les visiteurs, ou vérificateurs externes, constituent l'un des éléments clés de tout programme d'accréditation puisqu'ils sont responsables d'évaluer la conformité par rapport aux normes. Par conséquent, leur sélection, leur formation et leur déploiement (comment on leur assigne les visites d'accréditation) sont des éléments cruciaux d'un programme d'accréditation crédible. Ce secteur de normes décrit les exigences nécessaires pour bien réussir un programme à l'intention des visiteurs ;

- **gestion des finances et des ressources** : la gestion des ressources de tout organisme est essentielle à sa réussite. Il en va certainement de même des finances et des ressources d'un organisme d'accréditation. Le maintien d'assises financières et de ressources adéquates sur lesquelles peut se baser le fonctionnement de l'organisme est essentiel, de même que le contrôle vigilant de ces finances et de ces ressources, en vue d'offrir un programme d'accréditation. Les normes de

cette section aident à définir les bases d'une bonne gestion des finances et des ressources ;

- **gestion de l'information** : les normes de ce secteur prennent de plus en plus d'importance pour les organismes d'accréditation. Un nombre considérable de données obtenues des organismes de soins de santé pendant les visites d'accréditation est hautement confidentiel et doit être protégé. Il faut disposer des moyens d'y parvenir. La diffusion des données qui découlent des visites doit aussi être régie par des politiques et des procédures clairement établies. L'informatisation des données, qui a lieu dans la plupart des organismes d'accréditation de par le monde, requiert également une attention particulière et doit être régie par de bonnes politiques et procédures ;

- **gestion des visites** : cette section de normes porte sur la façon dont les visites d'accréditation des organismes de soins de santé sont gérées à partir de leur planification, en passant par la visite même, jusqu'au traitement du rapport de visite et à l'attribution du type d'accréditation. Ces normes présentent des processus efficaces et portent sur l'importance d'accorder son attention aux détails et au bon déroulement du processus de visite ;

- **processus d'accréditation** : les normes de cette section sont liées à celles de la section précédente, mais elles traitent plus largement de la nature du processus lui-même et de la façon dont les décisions relatives au processus sont prises, de la manière dont le processus est modifié ou amélioré ;

- **élaboration des normes** : ce groupe de normes traite de la façon d'élaborer les normes, de les évaluer et de les modifier. Elles portent aussi sur le besoin d'inclure les partenaires dans le processus afin de s'assurer que les normes sont appropriées et qu'elles répondent aux besoins de ceux qui les utilisent ;

- **formation et information** : le rôle d'un organisme d'accréditation consiste en grande partie à fournir de la formation sur les normes d'accréditation et le processus même. Ces activités de formation doivent être conçues avec une grande attention et être offertes de manière à mieux préparer les participants au programme. Les activités de formation doivent constamment être évaluées et modifiées pour répondre aux besoins changeants. De plus, les organismes d'accréditation doivent fournir de l'information sur leur programme d'accréditation et sur les résultats des visites d'accréditation. Toutes ces activités sont traitées dans cette section de normes.

L'introduction du présent document expliquait qu'il y a un intérêt grandissant partout dans le monde à l'égard de l'accréditation des soins de santé et que ce même intérêt engendre un plus grand besoin de veiller à ce qu'il y ait une continuité et une crédibilité à l'intérieur de tous les programmes d'accréditation nationaux ou régionaux. Le programme Alpha a été conçu et approuvé en vue d'offrir cette assurance. Bien qu'il s'agisse d'un projet relativement nouveau, il montre un grand potentiel et de plus en plus d'organismes d'accréditation des soins de santé lui témoignent leur appui chaque jour. ■