



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^e 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 pâti 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. ■