

Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale

de la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de santé

*Accréditation et qualité,
un changement à construire pour le cadre de santé*

Présenté par : Claire Vandekerkove

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire : 2017-2018

Ecole d'Enseignement et de Promotion sociale

de la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de santé

*Accréditation et qualité,
un changement à construire pour le cadre de santé*

Présenté par : Claire Vandekerkove

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire : 2017-2018

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui ont collaboré de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail et plus globalement à l'aboutissement de ce cursus. Famille, collègues et amis, tous coachs de ce parcours parfois sportif mais toujours empreint de découvertes, d'étonnements et finalement riche d'apprentissages.

Merci au corps professoral, éclectique, complémentaire et pour l'enseignement dispensé lors de ces trois années de cours.

Un grand merci également à Monsieur Vantomme, notre fil rouge tout au long de ces quatre années, nous poussant à aller toujours plus loin, à nous ouvrir à d'autres horizons, à nous élever plus haut, à développer une vue macroscopique et surtout un esprit critique.

Enfin, je tiens à remercier Guy Clynckemaillie, coordinateur qualité au CHwapi, de m'avoir accordé un peu de son temps pour répondre avec expertise à mes questions, pour avoir échangé autour de l'accréditation.

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

L'accréditation ! A en croire le nombre d'occurrences de ce terme, c'est le credo du moment. Faut-il y croire ? Faut-il croire que c'est un changement ? La réponse sera double : non et oui !

Non, L'accréditation est sans conteste évaluation et l'homme a toujours eu besoin ou nécessité ou envie de se mesurer, de mesurer la valeur de ce qu'il produit et offre. Marque de son temps, l'accréditation est *selfie*, cet égoportrait !

La matière, non peut-être, « *on n'en fait plus pour la qualité que pour les soins* » ! Suffit-il d'évaluer la qualité pour l'améliorer ? A quel profit ou intérêt ? Suffit-il d'évaluer la qualité des soins pour que les soins deviennent de qualité ? Suffit-il de connaître et/ou de faire reconnaître les « qualités » des soins pour qu'il y ait soin ? Qui s'assure de cela ? Le cadre ?

La manière, oui peut-être ! L'accréditation est une pratique, une de plus, qui conforte la libéralisation tant économique que politique. Sans faire le *Point*®, à quand un *TripAdvisor*® des hôpitaux et autre lieux de soins ? Poursuivons. Et si ... « on » libéralisait le cadre de proximité en le changeant en gérant de filiale, l'unité de soins, voire même en franchisé. Libéraliser n'est pas libérer, assurément !

Oui. L'accréditation est, sans conteste, évaluation mais des plus quantitatives, objectivante et donc normalisante, s'éloignant un peu plus du sujet, l'humain. Prestige du chiffre oblige ! Arrêtons-nous. Et si ... les moyens mobilisés s'avéraient disproportionnés au regard des résultats obtenus. Et si ... cette machinerie détournait les uns de leur fonction, écartait les autres de leur métier, les deux, désormais, dissuadés de leur autonomie et de leurs responsabilités. Outre à assigner une étiquette, insidieusement, cette bureaucratie remplace l'autorité des chefs. Confisqué ! Dans un tel système technicien, y a-t-il encore à incarner ?

Le cadre, a-t-il perdu sa capacité à faire et à être cadre. L'accréditation donne des ordres, un ordre, l'ordre se substituant ainsi à la pensée et la décision. Responsabilités, autonomie sont escamotées comme notre subjectivité. Les soins ne sont plus soin, dans ce meilleur des mondes. « *Ce n'est pas moi, c'est l'accréditation* » et vous voilà dépossédés. Accréditerons-nous cette thèse ?

Bonne lecture en compagnie de Claire, une *Fourmi*.

PATRICK

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. Contexte historique et politique des soins de santé	4
1.1. Évolution des soins de santé à travers l'Histoire	4
1.2. Politique belge actuelle en matière de soins de santé	6
1.3. Politique européenne en matière de soins de santé	8
1.4. Perspectives d'avenir	10
2. Qualité et accréditation hospitalière	12
2.1. Qualité et amélioration continue	12
2.1.1. Définition de la qualité des soins.....	12
2.1.2. Amélioration continue	12
2.1.2.1. Outils utilisés dans le domaine de la qualité	15
2.1.2.2. Objectifs SMART	15
2.1.2.3. SWOT	15
2.1.2.4. PESTEL	16
2.2. Accréditation hospitalière	17
2.2.1. Définition	17
2.2.2. Contexte historique et géographique de l'accréditation	18
2.2.3. Référentiels d'accréditation.....	21
2.2.3.1. Haute Autorité de la Santé	22
2.2.3.2. Accréditation Canada International	23
2.2.3.3. Joint Commission International	23
2.2.3.4. Conclusions.....	23
2.2.4. Phases du processus d'accréditation.....	24
2.2.5. Facteurs de réussite d'une démarche d'accréditation	25
2.2.6. Avantages et inconvénients	26
2.3. Conclusion	29
3. Accréditation et changement	31
3.1. Théorie du changement	31
3.1.1. Processus de changement	32
3.1.2. Intentionnalité et rythme du changement	34
3.2. Equipes de soin et résistances au changement	36
3.2.1. Groupes et équipes	36
3.2.2. Résistances au changement	37
3.2.2.1. Facteurs de résistance au changement	38
3.3. Conduites du changement	40
3.3.1. Facteurs d'échec et de réussite du changement	42
3.3.2. Conclusion.....	43
4. Vision, sens et valeur	45
5. Rôle du cadre de santé dans un changement de type accréditation	48
6. Conclusions	51
ANNEXE1	52
BIBLIOGRAPHIE	53

INTRODUCTION

Devenir cadre de santé c'est changer, changer de métier, changer de perspective, acquérir d'autres compétences ou encore mettre au premier plan d'autres qualités, peut-être insoupçonnées jusque-là.

Dans notre quotidien, en tant que cadre de santé, nous sommes perpétuellement confrontés au changement sous diverses formes. Nos facultés d'adaptation et d'anticipation sont sollicitées pour faire face à un problème ou encore pour la recherche de mieux, pour un travail de qualité. La qualité est partout et tout le temps, et même financée. Mais en quoi consiste-t-elle vraiment ? Peut-on la résumer à un pansement bien fait ou à une attention portée aux patients ? Le soin évolue et ceci dans toutes les dimensions, notamment à travers cette notion de qualité. Avec un accueil bien souvent mitigé, les termes économiques entrent dans le langage des soignants et de leurs dirigeants. Le soin deviendrait-il un bien parmi tant d'autres sur le marché ? Performances, chiffres, objectifs entreraient-ils dans le milieu hospitalier qui s'ouvre à la concurrence ? Sont-ce au contraire des évidences pour s'améliorer et donc pour perdurer ? Les patients sont de plus en plus exigeants et deviennent acteurs de leur santé, mobiles et libres de choisir. Dans ce bouleversement sociétal, émerge le concept d'accréditation, sorte de graal vers lequel courent actuellement la plupart des hôpitaux. Serait-ce la panacée dans le monde du soin en pleine évolution ? Le cadre de santé ainsi que son équipe doivent se familiariser avec un nouveau langage et de nouveaux challenges bouleversant leur quotidien et remettant en question leurs pratiques. Tout au long de ce travail, nous nous intéresserons à l'historique des soins de santé ainsi qu'à celle des normes en matière de soins de santé. Il nous paraissait incontournable de savoir d'où nous venons avant d'envisager le futur. Nous tenions à remettre le sujet dans son contexte, à la fois historique, politique et géographique. Nous tenterons, au détour de ces quelques pages, de savoir si qualité et accréditation sont des synonymes. Nous approcherons de près la démarche d'accréditation, point central de notre réflexion en tant que cadre de santé. Ce travail ne se veut certainement pas être un manuel de marche à suivre pour un cadre de santé en démarche d'accréditation. Nous avons davantage voulu préciser, informer, connaître pour mieux avancer. En aller et retour d'une vue macroscopique à une vue microscopique, nous pensons qu'il est indispensable pour le cadre de santé de se situer au regard des préoccupations de sa hiérarchie, de l'hôpital, de la politique en matière de soins de santé, voire même de cette politique européenne. Sans repères, sans contexte, difficile pour nous de mener une réflexion

correcte. Nous partagerons donc, au travers de ces pages, notre réflexion personnelle sur le sujet, avec à la fois l'œil du cadre de santé, et à la fois la prise de distance nécessaire à une vue globale permettant une remise en question. A force d'uniformisation et de normes, où se situera la place du cadre de santé à l'avenir ? Plus généralement, nous tenterons d'observer le phénomène d'accréditation hospitalière avec un œil critique. Nous avons souhaité choisir un sujet qui nous parle, qui est le reflet de notre quotidien tout en étant dans la découverte. Nous sommes très satisfaits d'avoir pu traiter le sujet de l'accréditation dans lequel le CHwapi est en train de s'immerger, et donc avec lequel nous nous familiarisons peu à peu, en tant que chef du service logopédie. Avec cette découverte, ce changement, viennent questionnements, incertitudes, doutes. Le cadre de santé, en position d'intermédiaire, se doit d'être un levier du changement et de l'accréditation, c'est ce que souhaite en principe l'institution qui l'emploie. Mais qu'attend-on de lui au juste, dans le cadre de cette démarche? Comment peut-il conduire au mieux ce changement auprès de son équipe ? Même si nous avons essayé de traiter chaque thème séparément, les notions et idées se rejoignent, se bousculent, se croisent, s'imbriquent parfois. Au-delà de l'accréditation, il s'agit d'une réflexion autour du rôle du cadre de santé, de sa place, à laquelle nous nous essaierons au fil de ces pages.

*« Face au monde qui change,
il vaut mieux penser le changement que changer le pansement ».*

Francis Blanche (1921-1974)

1. Contexte historique et politique des soins de santé

1.1. Évolution des soins de santé à travers l'Histoire

Dès la nuit des temps, des individus, principalement de sexe féminin, ont pris soin de leurs semblables. Le soin est alors vu comme une notion très naturelle et maternelle. On y retrouve une dimension affective et de dévotion à l'autre, proche de la religion parfois. Par la suite, les communautés religieuses vont assurer la fonction de soin. Cette aide est réservée aux pauvres et aux indigents et nous ne retrouvons ni médecin ni acte chirurgical. C'est l'apparition des hospices, léproseries et hôpitaux-Dieu. L'aide, la bienfaisance, l'obéissance et la vocation sont alors centrales.

Ces grandes caractéristiques ont tendance à demeurer de nos jours, la profession restant très majoritairement féminine. Les soignants voient avant tout l'humain qui est face à eux et non pas le nombre de toilettes ou de soins à réaliser. Ils ne s'arrêteront pas, par exemple, au milieu d'un pansement car leur service vient de prendre fin. La disponibilité demandée et la considération humaine en font des professions particulières. Par ailleurs, une certaine soumission à l'autorité médicale reste d'actualité pour la plupart des soignants.

Après la Révolution française, on observe une laïcisation des soins, l'arrivée des médecins et de personnel plus qualifié dans les hôpitaux qui deviennent publics. L'enseignement commence à se développer.

Au XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, des découvertes médicales majeures et l'arrivée de la chirurgie permettent au soin de prendre un tournant plus scientifique. La création d'écoles d'infirmières et la naissance de la sécurité sociale développeront progressivement le soin tel que nous le connaissons aujourd'hui. Le personnel sera alors qualifié et les médecins, profession majoritairement masculine, seront vus comme les acteurs principaux de la Santé. Les soignants sont perçus comme des petites mains au service du médecin et du patient.

A la fin du XX^{ème} siècle arrive la problématique du financement des hôpitaux et de la Santé en général. Une certaine concurrence entre les hôpitaux émerge également.

La loi sur les hôpitaux de 1963 régit l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux belges dont les grands thèmes abordaient une base légale propre à l'agrément des hôpitaux, la gratuité de l'hospitalisation pour les assurés en chambre commune, la viabilité des institutions, l'établissement d'une comptabilité moderne, la gestion distincte des hôpitaux, l'harmonisation des subsides concernant les infrastructures. Par la suite, les normes seront

approfondies tant au niveau architectural qu'organisationnel. Des conditions d'agrément sont fixées dans les années 1980. Enfin un nouveau système de financement, le Budget des Moyens Financiers, fait son apparition en 2002 tout comme la notion de journées justifiées.

Le BMF est l'acronyme de Budget des Moyens Financiers. Son calcul est complexe. Nous n'entrerons volontairement pas dans le détail à ce sujet dans ce travail tant le sujet est vaste et finalement peu contributif à notre problématique initiale. Toutefois, il nous paraît utile de définir cette notion largement entendue dans les hôpitaux mais finalement peu connue des acteurs de terrain. Le BMF est composé de trois grandes parties : A, B et C dans lesquelles nous retrouvons un certain nombre de subdivisions. La partie A couvre des frais et charges d'investissements. La partie B couvre des charges de fonctionnement. La partie C réalise des corrections de paiement des frais de la partie B. Les budgets des trois quart du BMF sont fixés au niveau national. Sur base de ceci, le SPF Santé publique calcule les montants qui seront octroyés aux différents hôpitaux belges. Le quart restant est calculé dans l'autre sens, en partant de l'activité des hôpitaux. La somme des hôpitaux donne alors le montant national.

C'est, en général, en juillet que l'hôpital est informé du montant de son BMF. Des réclamations peuvent être introduites si l'hôpital conteste les résultats reçus. Le paiement du BMF se fait pour la quasi-totalité en douzièmes, donc mensuellement. En 2013, nous pouvions noter que les activités hôtelières ainsi que le personnel infirmier et soignant représentaient 65 % du BMF.

La notion de journée justifiée, évoquée ci-dessus, tient de la comparaison annuelle entre la durée des séjours à l'hôpital à la moyenne belge pour une même affection et à un niveau de sévérité identique. Un financement est établi pour cette moyenne. L'hôpital est donc perdant si les durées de séjour dépassent cette moyenne. Le SPF Santé publique doit donc connaître les données en matière de diagnostic et de sévérité de chaque hospitalisation afin de calculer leur coût. Le Résumé Clinique Minimum, ou RCM, est ainsi transmis de manière synthétisée et codée. Il reprend des éléments du dossier médical, le service, l'âge, le sexe, la durée de séjour, etc. L'enregistrement de ces données est intégré dans le Résumé Hospitalier Minimal¹. Enfin, ce dernier, véritable bulletin de l'hôpital, permet de croiser un grand nombre de données dans le but de faciliter la prise de décisions, de contrôler ou encore d'adapter la politique de financement.

Les termes de productivité, de performances, de concurrence, entrent actuellement doucement mais sûrement dans le quotidien du soin, ce qui ne manque pas de susciter des réactions

¹ Dans lequel nous retrouvons également le DI-RHM (Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum) et le RFM (Résumé Financier Minimum) que nous ne développerons pas dans ce travail

diverses. Le choc de l'arrivée de ces notions commerciales est bel et bien présent chez les soignants. Ceux-ci étaient habitués, jusque-là, à prendre soin de l'autre sans penser un instant à des considérations purement matérielles telles que le coût du soin, la juste allocation des ressources, etc.

Peut-on se dire que ces idées de productivité, de rendement, d'économie seraient un signe de la masculinisation du soin ? Nous sommes convaincu qu'il est réducteur de penser de la sorte. Effectivement, la profession a évolué. La population des soignants reste, certes, majoritairement féminine. Le corps médical, autrefois composé presque exclusivement d'hommes tend à se féminiser. Malgré tout, le rôle, les tâches ainsi que ce que l'on attend de chaque sexe évolue également tant dans le monde professionnel que dans la vie de tous les jours. Les cloisonnements tendent à diminuer. L'évolution de la conception du soin ainsi que de la gestion qui encadre le soin, nous semble plutôt liée à un changement global de la société, de la politique et de l'économie. Un hôpital est financé par le gouvernement, il doit donc suivre un certain nombre de normes et de règles dictées par celui-ci au regard du contexte socio-économique et des idéaux des élus. Des contraintes externes sont présentes et inévitables. Les soins changent donc, d'une part, en fonction de la politique du gouvernement et des règles qui en découlent. D'autre part, le contexte concurrentiel des hôpitaux amène l'hôpital à devenir une entreprise de soins. Les concepts autrefois réservés au monde de l'industrie se retrouvent de plus en plus dans le quotidien du secteur non marchand et donc dans le soin. La gestion prend de plus en plus de place au sein de l'hôpital. D'accord ou pas avec cette évolution, c'est une réalité que le cadre de santé ne peut mettre de côté.

Quelles sont actuellement les réalités politiques auxquelles le cadre doit prêter attention ? Dans quel contexte s'insèrent-elles ? Est-il possible d'imaginer de quoi sera fait l'avenir ?

1.2. Politique belge actuelle en matière de soins de santé

Maggie De Block, ministre de la Santé, développe en octobre 2016 son budget des soins de santé ainsi que les réformes qui en découlent notamment dans le financement des hôpitaux. Dans cette optique, son objectif est d'aller vers davantage de qualité et d'efficacité. Permettons-nous quelques petites précisions autour de ces termes à première vue familiers.

La qualité concerne tant les produits que les services d'une entreprise. C'est l'aptitude de cette dernière à répondre aux exigences d'un client, qu'elles soient implicites ou explicites.

Les entreprises mettent en place des plans d'action, en ce sens où évolution et adaptation sont des notions centrales. La non-qualité a un impact sur l'image et sur l'aspect économique de l'entreprise.

L'efficacité, sur le plan économique, c'est le rapport entre le résultat obtenu et les moyens financiers utilisés pour arriver à ce résultat. Ce terme peut être confondu avec celui d'efficacité. Ce dernier désigne le rapport entre le résultat obtenu et les objectifs fixés au préalable. Le cumul de ces deux notions est donc souhaitable et bien souvent souhaité.

Les contraintes économiques sont, certes, centrales dans le milieu du soin. L'étude MAHA² 2016 de Belfius montre que 32 hôpitaux sur 91 étaient en déficit en 2015, soit plus d'un tiers du parc hospitalier belge. Le constat est également la sous-exploitation de certains services et donc une offre trop importante ou mal adaptée par rapport à la demande.

Le point de départ de la réflexion de la ministre est que les besoins des patients ont évolué et qu'il faut s'y adapter. Le vieillissement de la population est notamment une des transformations importantes de notre société que nous devons activement considérer.

Nous nous dirigeons vers un mode de fonctionnement en réseau avec des hôpitaux de base, de référence et universitaires. Les réseaux seront définis sur base de critères géographiques et devront couvrir de 400.000 à 500.000 habitants par réseau. On parle d'un maximum de 25 réseaux sur le territoire belge. Il s'agira également de renforcer la collaboration entre les prestataires externes et les établissements de soins. Le fonctionnement en réseau, encore mal défini à l'heure actuelle, reposera sur des piliers tels que la concentration, la spécialisation et la réduction de capacité. On attribuerait donc une technologie de pointe et coûteuse à un réseau et non plus à un hôpital. Des soins généraux seraient toujours possibles partout mais l'offre spécialisée ne serait disponible que dans certaines structures. Le fonctionnement en réseau permettrait de réaliser des économies d'échelle. Une économie d'échelle consiste en une augmentation des quantités produites afin de diminuer le coût de production à l'unité. Il s'agit donc clairement d'augmenter la rentabilité : moins d'appareils financés mais exploités de manière plus intensive. Peut-on penser à une réduction de personnel? Ceci est très probable.

Le financement des hôpitaux est également repensé avec des soins dispensés qui doivent être justifiés et corrects. Maggie De Block évoque la possibilité de travailler en P4P (Pay for Performance) ou encore P4Q (Pay for Quality), comme dans d'autres pays, et ceci dès 2018. Dans ce mode de fonctionnement, des indicateurs de performances et des objectifs seraient

² Model for Automatic Hospital Analyses

alors définis. Les hôpitaux accrédités ou en démarche d'accréditation seraient valorisés et obtiendraient des points supplémentaires. Un financement complémentaire récompenserait les hôpitaux performants. L'idée est donc de soutenir l'amélioration de la qualité par le financement. Il est à noter que ces initiatives n'ont pas, à l'heure actuelle, pleinement fait leurs preuves chez nos voisins proches ou éloignés. Serait-ce donc davantage un effet de mode, des outils de réduction budgétaire plutôt que de réels projets qualité ?

Le « One day clinic » ou l'hôpital de jour, sont des solutions privilégiées par la ministre car moins coûteuses pour la collectivité. Les hôpitaux de jour pourraient voir leur capacité d'accueil augmentée tout comme le suivi à domicile. Les coûts diminueraient certes dans les poches du ministère de la Santé mais augmenteraient certainement pour le patient. Que coûtera un retour hâtif à domicile avec nécessité de garde-malade, de repas livrés à domicile, d'aide pour le ménage, etc ? Parallèlement, nous pouvons nous poser la question des coûts qu'engendreraient les réhospitalisations précoces. Qu'on le veuille ou non, l'argent, le financement, sont les points centraux de la réflexion de la ministre et doivent, à notre sens, entrer dans les préoccupations du cadre de santé. Peut-on dire que ces idées tiennent uniquement à la politique de Maggie De Block ? Même si des décisions peuvent surprendre ou heurter, rien n'est vraiment nouveau selon nous. Nous ne pouvons mettre de côté le poids du passé et des décisions prises dans les précédentes législatures. Cette transformation de la Santé s'insère dans une transformation de la société, et ceci s'est fait progressivement.

Qu'en est-il chez nos voisins ? Cette métamorphose tend à se généraliser à l'Europe ou ne concerne-t-elle que notre petit pays ?

1.3. Politique européenne en matière de soins de santé

L'Union Européenne évolue et dans cette évolution nous notons un essor de la concurrence dans les services. Nous nous intéressons à la libéralisation des services publics sanitaires et sociaux qui suivent cette tendance tout en restant probablement moins touchés que d'autres secteurs.

La libéralisation d'un secteur économique est de donner libre accès au marché aux agents économiques privés et publics. Il peut s'agir de la fin d'un monopole par exemple. L'intervention de l'Etat est diminuée. Lorsque le marché accueille de nouveaux acteurs, nous observons théoriquement une stimulation de la concurrence, de l'innovation, d'amélioration de la qualité et finalement une baisse des prix.

Un mouvement uniforme des pays européens n'est que partiellement observable et ceci pour plusieurs raisons. De fortes spécificités et donc différences nationales sont à noter. Comme dit précédemment, le poids du passé ainsi que des choix réalisés auparavant restent lourds et influencent les directions prises par les différents pays en matière de sécurité sociale et donc de soins de santé. On parle alors d'un phénomène de path dependence, littéralement traduit comme étant la dépendance au sentier, au chemin emprunté. Nous observons ici un angle de vue plutôt national et conservateur de la politique en matière de soins de santé. Des similitudes sont toutefois à relever entre les différents pays de l'Union Européenne et ceci depuis plusieurs décennies.

Après la seconde guerre mondiale, les différents pays ont souhaité couvrir le plus largement possible un maximum d'individus au niveau du risque maladie. Les similitudes se marquent davantage depuis la fin des années 1970 avec une certaine logique économique prenant de plus en plus de place dans ce secteur. Le nerf de la guerre devient le financement de dépenses croissantes. Nous observons alors, quel que soit le pays, deux phénomènes. Premièrement, il y a la maîtrise des dépenses par un encadrement budgétaire notamment. Deuxièmement, une certaine recherche d'efficacité est demandée. Il s'agirait donc de prodiguer de meilleurs soins au coût le plus faible possible.

Concernant la concurrence, il est clair que les individus sont libres de choisir leur praticien, leur hôpital tout comme leur couverture maladie. Des organismes privés proposent leurs services en la matière. Au niveau de cette privatisation, des différences entre nations existent. Parallèlement, les institutions de soins commencent aussi à se privatiser.

L'offre de soins ainsi que la protection maladie se complexifient dans les pays de l'Union Européenne. Le patient peut donc se sentir un peu perdu parmi cette diversité. L'information devient alors un bien précieux. Dans beaucoup de pays, on s'oriente vers la mise en place d'outils d'évaluation pouvant donner des renseignements à la fois aux patients et aux financeurs. Ces renseignements portent sur la qualité et la performance. En Angleterre, des indicateurs de performance sont utilisés depuis les années 1980. En Allemagne, la performance hospitalière est couplée au paiement forfaitaire des hôpitaux en fonction des pathologies prises en charge. En Espagne, on utilise des groupes de maladies homogènes pour évaluer la performance. Pour l'instant, ces mesures s'adressent uniquement aux financeurs et non aux patients. Ensuite, ces évaluations ont la plupart du temps un impact limité, pensons notamment à la démarche d'accréditation en France où certains hôpitaux peu performants peuvent poursuivre leur exercice sans aucune sanction. L'absence de conséquences malheureuses à ces mesures nous permet de dire que les soins européens n'entrent pas

totalément dans une logique de marché. Par ailleurs, la mobilité existe et progresse en terme de soins, mais elle reste encore limitée. Le critère de proximité reste un élément très important pour le patient européen tout comme la confiance et la fidélité à un médecin ou à un hôpital. Ce que nous observons également c'est l'évolution du profil des directeurs d'institutions de soins. Des gestionnaires, parfois issus du secteur privé, arrivent à ce poste. Corollairement, le style de management évolue également. A l'hôpital, le budget est partout. Du gouvernement aux directeurs d'hôpitaux, en passant par les médecins et les chefs d'équipe, chacun est sensibilisé à la gestion d'un budget, à la rationalisation des coûts. Des études montrent toutefois que la dimension humaine du soin prime toujours sur la logique économique même si cette dernière se fait incontournable. La libéralisation des soins dans l'Union Européenne ainsi que la privatisation sont encore limitées pour le moment. La concurrence émerge mais reste toutefois encadrée par les exigences des différents gouvernements nationaux.

1.4. Perspectives d'avenir

Nous nous arrêtons un instant pour nous demander de quoi sera fait l'avenir en matière de soins de santé au regard du présent et du passé. Nous ne partagerons ici que des suppositions, fruits de notre réflexion, en fonction du thème qui nous préoccupe et des points précédents. Sans vouloir entrer dans la science-fiction, nous souhaitons partager des scénarios nous paraissant probables et auxquels le cadre de santé pourrait ou devrait songer.

Nous pensons sincèrement que la logique de libéralisation et de privatisation s'amplifiera à l'avenir. Nous voyons déjà, à l'heure actuelle, émerger des hôpitaux privés, luxueux, réservés aux plus riches dans la capitale. Le financement des soins de santé reste et restera, à notre sens, une préoccupation majeure à l'avenir. La rationalisation des coûts et la recherche d'efficience seront toujours en ligne de mire et ceci dès le microcosme de l'équipe soignante. Le patient est et sera de plus en plus mobile. Le critère géographique aura de moins en moins d'importance. Le patient n'aura plus peur de faire plusieurs dizaines ou centaines de kilomètres pour avoir accès au soin correspondant à ses critères. Nous tenons malgré tout à nuancer cette affirmation. L'évolution de la société veut et encourage cette mobilité, c'est un fait et pas seulement sur le plan médical. Malheureusement, tout le monde n'a pas la possibilité de suivre ce mouvement. Les moyens et l'accès aux justes informations sont nécessaires pour agir de la sorte. Des inégalités resteront présentes ou continueront même à progresser. Ne sommes-nous pas en train de nous diriger vers une médecine à deux vitesses ?

Si nous avons de l'argent, nous pourrions bénéficier de soins de qualité. Un système d'évaluation externe de la qualité, rendu alors obligatoire, pourrait, selon nous, permettre de réduire cette inégalité et donner à tous la possibilité d'accéder à des soins de qualité. Dans cette optique, il s'agirait d'uniformiser le secteur du soin. Pour ce faire, en Belgique, ne devrait-on pas imaginer une réattribution de cette compétence au niveau fédéral ? En effet, les décisions, normes, changement sont pris actuellement au niveau fédéral en matière de soins de santé. Cependant, les contrôles et applications de ces normes dépendent des régions. Des différences interrégionales sont donc inévitablement présentes. Si nous souhaitons une uniformisation, ne devrait-on pas repenser cette organisation des pouvoirs ?

Les exigences renforcées des patients-clients et cette propension à la mobilité ne nous feraient-elles pas entrer dans une ère de shopping médical avec, de fait, un développement de la concurrence en matière de soins de santé ? Disposera-t-on d'un catalogue des hôpitaux ? Des publications, des classements en fonction des performances des hôpitaux risquent de devenir une réalité à l'instar du classement annuel du magazine « Le Point » en France.

Nous ne pensons toutefois pas que le domaine du soin basculera entièrement dans une logique de marché de par sa spécificité.

Nous pouvons également nous poser la question du financement de maladies plus rares par exemple. En effet, financer sur base de statistiques, de prévalence, n'est-ce pas prendre le risque de mettre tout un tas d'affections de côté ? Qu'en sera-t-il des patients qui rapporteront moins d'argent à l'hôpital ou de ceux qui ne rentreront pas dans des cases ? Cette logique économique et de financement, incontournable, doit malgré tout ne pas perdre de vue des principes humains, de solidarité et d'éthique.

Finalement, quel sera le rôle du cadre de santé à l'avenir ? Collecteur de chiffres ? Mesureur de performance ? Nous ne sommes heureusement pas si pessimistes. Même si, à notre sens, le cadre de santé devra davantage mettre sa casquette de gestionnaire en ne négligeant pas les aspects légaux et financiers, il devra garder sa spécificité de soignant ou du moins de responsable du soin dans son équipe. L'aspect humain doit rester central, le patient en ligne de mire, tout en jonglant entre normes et créativité.

L'hôpital change, au travers des années, doucement mais sûrement de visage. Quelles sont les normes actuelles qui dictent le travail et auxquelles le cadre de santé doit prêter attention ?

2. Qualité et accréditation hospitalière

L'accréditation hospitalière semble avoir le vent en poupe. Mais qu'en connaît-on vraiment? Qui l'impose? A qui est-elle destinée? Au travers de ce chapitre, nous essaierons de faire le tour de la question. Nous tenterons également de cerner les enjeux de cette démarche, d'envisager les avantages et inconvénients de celle-ci tout en nous intéressant aux grands principes de la qualité. Accréditation et qualité sont-ils des synonymes?

2.1. Qualité et amélioration continue

2.1.1. Définition de la qualité des soins

L'OMS³ définit la qualité des soins comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »⁴.

2.1.2. Amélioration continue

L'amélioration continue est l'un des piliers du management de la qualité. Elle est définie selon le Chartered Quality Institute comme étant un changement graduel et perpétuel, axé sur l'accroissement de l'efficacité et/ou des résultats d'une organisation, afin de lui permettre d'atteindre ses objectifs conformément à sa politique. Elle existe de manière implicite depuis la nuit des temps, l'homme a toujours cherché à se perfectionner. Il s'agit d'un effort continu pour améliorer les services, la qualité, les processus. Pourquoi prendre part à une démarche d'amélioration continue ? Différentes raisons parfois cumulables peuvent être évoquées : l'envie de progresser, viser la satisfaction des clients, rester concurrentiel, diminuer les coûts de la non qualité, etc. C'est ainsi que dans les années 1930 Walter Shewart a souhaité construire une méthode de gestion de la qualité. On retrouve alors le cycle PDCA ou cycle de Shewart. Ce travail sera repris vingt ans plus tard par Edward Deming, physicien et

³ Organisme Mondial de la Santé

⁴ <http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>

statisticien, et ce cycle est depuis connu également sous le nom de roue de Deming. Le PDCA modélise la méthodologie d'amélioration continue et donc de qualité. C'est une démarche de progrès en quatre temps :

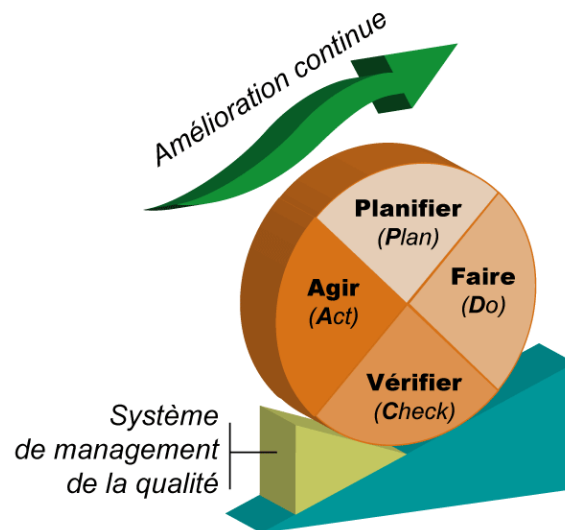


Illustration n°1 : La roue de Deming⁵

- Plan : la planification, l'analyse de la situation, la recherche des choix et solutions en tenant compte des besoins des acteurs concernés. Dans cette phase, il faudra identifier les moyens nécessaires et établir un calendrier au regard des objectifs à atteindre. Ces derniers doivent être SMART. Nous développerons ce concept au point suivant.
- Do : la réalisation, la mise en œuvre de la solution choisie.
- Check : la vérification, l'évaluation sur base de mesures du résultat obtenu via des indicateurs définis au préalable. Un indicateur de qualité est une information particulière en lien avec un phénomène en vue d'observer l'évolution selon les objectifs fixés dans le domaine de la qualité.
- Act : l'analyse de l'écart observé entre le résultat obtenu et le résultat attendu, la recherche des points à améliorer, les ajustements. Si le résultat obtenu répond aux attentes, il faudra essayer de le généraliser afin d'en faire profiter le plus grand

⁵ <http://www.kaizen-skills.ma/pdca-la-roue-de-deming/>

nombre. Si malheureusement le résultat obtenu ne satisfait pas, il sera nécessaire de réaliser une correction en relançant le cycle.

Récemment, deux étapes supplémentaires ont été ajoutées afin de faciliter la mise en œuvre de l'amélioration continue. Une première, phase de diagnostic ainsi qu'une dernière, phase de pérennisation.

La phase de diagnostic consiste à réaliser un état des lieux de la situation, ce qui se fait, les points faibles, les points forts, avec qui et pour qui, les besoins et attentes des parties prenantes, les obligations et contraintes, les types d'activités et leurs enchainements, le recueil d'indicateurs, etc. Des outils comme le SWOT ou le PESTEL sont utilisés dans cette phase. Dans un but d'information, nous les évoquerons dans le point suivant même si leur utilité dans la démarche qui nous intéresse, principalement pour le PESTEL, sera davantage démontrée à un niveau hiérarchique supérieur.

La phase de pérennisation a pour but de rendre durable le résultat positif obtenu. Il ne s'agit pas de revenir en arrière ou de voir disparaître le résultat obtenu lorsque le groupe projet responsable de cette amélioration sera dissout. Plusieurs mesures sont donc envisagées comme la définition d'un pilote, d'une personne responsable de veiller à distance au maintien de l'activité. Le cadre de santé se retrouve très régulièrement à cette place. Dans le même ordre d'idée, des indicateurs de suivi peuvent être définis tout comme une périodicité de la mesure. Il s'agit donc de ne pas lâcher un projet dans la nature du jour au lendemain lorsque nous sommes arrivés au résultat obtenu. Par ailleurs, dans l'idée de l'amélioration continue, rien ne s'arrête vraiment, chaque idée et chaque projet peuvent constamment s'améliorer. La roue continue de tourner sur la pente de l'excellence. Si elle tourne sur cette pente, ne risque-t-elle pas de reculer ? Une cale est effectivement nécessaire afin d'éviter ceci. Cette cale est le système de management de la qualité en place dans l'institution. Ce dernier met en œuvre des procédures, des plans de formation, etc. Autant de garde-fous permettant de maintenir le niveau et de continuer à viser le progrès.

Nous pouvons finalement dire que ce cycle agit à tous les niveaux : dans les décisions des hautes instances, sur un processus, sur une activité ou encore sur l'ensemble de l'organisation. L'amélioration continue, la qualité, sont l'affaire de tous.

L'accréditation stimule une démarche qualité issue du principe de la roue de Deming où tous les membres du personnel sont concernés par celle-ci, quel que soit le niveau dans la hiérarchie de l'institution hospitalière. Il s'agit de travailler ensemble en vue d'un même but : la qualité et la sécurité des patients.

La qualité, au sens qui nous intéresse ici, c'est une manière de travailler. Il s'agit d'un processus dynamique sans fin et que l'on retrouve nécessairement dans tous les aspects du travail du monde hospitalier. La qualité est présente dans chaque fonction tout comme pour l'ensemble du système, on la retrouve même dans les prescrits légaux. On peut dire que la qualité se retrouve à chaque étape et pas uniquement au niveau du « produit fini ».

2.1.2.1. Outils utilisés dans le domaine de la qualité

Les outils utilisés dans le domaine de la qualité sont extrêmement nombreux et variés. La problématique qui nous intéresse aujourd'hui ne s'attache pas forcément à la revue exhaustive de ces outils. Nous ne développerons que les outils précités dans le seul but de mieux les comprendre. Ces termes sont régulièrement entendus dans le langage de l'entreprise, peu importe le secteur. Il nous paraissait donc important de revenir sur ceux-ci afin d'éviter toute confusion.

2.1.2.2. Objectifs SMART

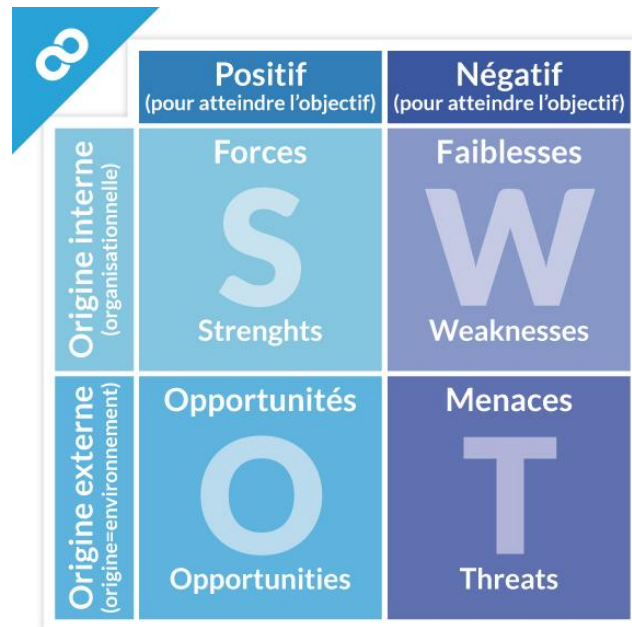
Les objectifs dits SMART sont construits en prêtant attention à certains critères repris dans l'acronyme. En effet, pour être SMART, un objectif doit être Spécifique et donc adapté à la personne ou à la situation en étant assez précis. Il doit être Mesurable pour pouvoir évaluer l'atteinte de celui-ci. On le dit Ambitieux pour être source de motivation sans pour autant être inatteignable, voilà donc pourquoi il doit être Réaliste. Enfin, l'objectif est Temporellement défini, il connaît une progression, il a une échéance.

Cette manière de définir un objectif apporte simplicité, facilité de compréhension et finalement un résultat envisagé comme possible à atteindre tout en étant un challenge. Les objectifs SMART sont utilisés dans de nombreux domaines comme la gestion de projets, le marketing, les ressources humaines, etc.

2.1.2.3. SWOT

SWOT est un acronyme de Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats; soit Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces. En français, la matrice SWOT s'appelle la matrice MOFF. C'est un outil de planification stratégique. Des outils comme le SWOT peuvent être utilisés par la hiérarchie pour évaluer les bénéfices ou les faiblesses d'un tel projet par rapport à leur institution. L'analyse SWOT est un outil d'analyse stratégique au travers duquel sont

donc parcourues les forces, faiblesses, opportunités et menaces d'un projet. Il permet d'évaluer la pertinence et la viabilité d'une idée. Le but est de représenter cette analyse à travers un synoptique, un tableau à double entrée. Les facteurs intrinsèques sont toujours représentés en haut du tableau et les facteurs extrinsèques en bas du tableau. Les éléments positifs de l'analyse se retrouvent sur la gauche et les éléments négatifs sur la droite. Une vue synthétique est ainsi obtenue et aidera donc à la prise de décision.



The diagram is a 2x2 matrix for SWOT analysis. The top-left corner features a blue triangle with a white infinity symbol. The columns are labeled 'Positif (pour atteindre l'objectif)' and 'Négatif (pour atteindre l'objectif)'. The rows are labeled 'Origine interne (organisationnelle)' and 'Origine externe (origine=environnement)'. The quadrants contain: Top-Left: 'Forces' with a large 'S' and 'Strenghts' below it; Top-Right: 'Faiblesses' with a large 'W' and 'Weaknesses' below it; Bottom-Left: 'Opportunités' with a large 'O' and 'Opportunities' below it; Bottom-Right: 'Menaces' with a large 'T' and 'Threats' below it.

	Positif (pour atteindre l'objectif)	Négatif (pour atteindre l'objectif)
Origine interne (organisationnelle)	Forces S Strenghts	Faiblesses W Weaknesses
Origine externe (origine=environnement)	Opportunités O Opportunities	Menaces T Threats

Illustration n°2 : Tableau diagnostic SWOT⁶

2.1.2.4. PESTEL

L'analyse PESTEL est également un outil d'analyse stratégique mais qui s'intéresse, quant à elle, exclusivement aux facteurs dont l'origine est extérieure à l'organisation et à leur influence sur celle-ci. Menaces et opportunités sont recherchées et analysées. PESTEL est un acronyme reprenant les grands facteurs environnementaux susceptibles d'avoir une influence sur l'entreprise, soit la Politique, l'Économie, le domaine Social, la Technologie, l'Ecologie et finalement le domaine Légal.

Cet outil serait donc plus à mettre entre les mains des directions car étant plus global. Cependant, le cadre de santé peut aussi y retrouver une utilité et, ne considérant plus des contraintes parfois nationales et donc souvent éloignées de son quotidien, mais en considérant

⁶ <https://www.marketing-etudiant.fr/wp-content/uploads/2017/02/swot.jpg>

comme environnement externe, ce qui est extérieur à son service, soit l'institution de soins dans sa globalité.

2.2. Accréditation hospitalière

2.2.1. Définition

Il s'agit d'une « évaluation externe par rapport à des normes publiées, explicites et prédéfinies afin de stimuler l'amélioration continue de la qualité en soins de santé »⁷. Celle-ci est généralement volontaire et provient d'une décision institutionnelle. Différents indicateurs peuvent être utilisés pour l'accréditation comme des indicateurs de processus, des indicateurs structurels et des indicateurs de performance liés aux résultats. Dans les pays européens, ce sont rarement ces derniers qui sont utilisés. Nous avons une obligation de moyens mais pas encore de résultats. Les indicateurs ou exigences sont rassemblés dans un manuel appelé « le référentiel » d'un organisme d'accréditation. L'ISQua⁸, reconnue internationalement, valide l'organisme d'accréditation ainsi que le manuel. Il s'agit donc d'un système d'évaluation externe de la qualité des soins.

Il est nécessaire de bien distinguer accréditation d'agrément. L'accréditation reste actuellement facultative, résultant d'une démarche volontaire, tandis que l'agrément est l'autorisation d'exploitation requise par la loi. L'agrément impose les conditions minimales à remplir pour pouvoir fonctionner. En fonction du pays dans lequel nous nous trouvons, l'accréditation peut porter d'autres noms. Pensons par exemple à « certification » en France ou « agrément » au Canada, d'où parfois une certaine confusion.

L'accréditation adopte une approche globale. Elle s'intéresse à toutes les étapes du processus de soin avec le patient au centre de l'analyse, aux liens et connexions logiques qui se font ou qui devraient se faire lors de la prise en charge d'un patient, à la standardisation des pratiques.

Il faut malgré tout savoir qu'outre les initiatives internes aux hôpitaux dont l'accréditation, d'autres méthodes d'audit externe en matière de qualité existent dans le milieu du soin. Citons à titre d'exemple la certification ISO⁹ et le modèle EFQM¹⁰. Ces deux méthodes ne sont pas spécifiques au monde de l'hôpital. Elles sont utilisées dans tous types d'entreprises.

⁷ rapport KCE 70B, 2008

⁸ International Society for Quality in Health Care

⁹ International Organization for Standardization

L'ISO 9001 est une norme internationale spécifiant les fondamentaux d'un système de management de la qualité d'une entreprise et adoptant une approche par les risques. L'objectif principal est de répondre aux attentes des patients ou clients. Au sein d'un hôpital, on utilise la certification ISO 9001 principalement service par service, et moins pour les hôpitaux dans leur globalité. Ce sont majoritairement les services support qui sont concernés par la certification ISO 9001.

Le modèle EFQM est un outil de référence commun, un cadre méthodologique permettant une évaluation de la qualité et donc des améliorations. Modèle largement utilisé en Europe dans tout type d'entreprises, il s'agit de s'intéresser aux relations entre les actions réalisées et les résultats obtenus selon neuf critères.

L'accréditation hospitalière semble avoir le vent en poupe dans nos institutions de soins mais comment a-t-elle émergé ? Comment cette démarche s'est-elle développée ? Actuellement, est-ce que tous les pays sont logés à la même enseigne et participent à ce mouvement vers l'accréditation ?

2.2.2. Contexte historique et géographique de l'accréditation

La genèse de l'accréditation remonte à 1917 aux Etats-Unis dans le cadre de la formation des médecins. Un document, « The Minimum Standard », contrôlait les normes minimum de qualité et de sécurité des hôpitaux qui accueillaient des stagiaires. L'évolution continue jusque dans les années cinquante avec le certificat de conformité pour tout hôpital recevant des étudiants en médecine : « l'Hospital Standardization Program ».

En 1951 naît la JCAH¹¹. Celle-ci s'intéresse alors à une surveillance plus large des hôpitaux en se concentrant essentiellement sur les ressources matérielles et les infrastructures. C'est dans ce cadre que commencent les premiers systèmes de contrôle volontaire des établissements par des experts. Ce qui a d'abord séduit le continent américain s'est ensuite étendu au monde entier.

Et la Belgique ? L'accréditation intéresse depuis quelques années mais le domaine de la qualité reste complexe dans ce petit pays où se mêlent compétences fédérales et compétences des Communautés et Régions.

¹⁰ European Foundation for Quality Management

¹¹ Joint Commission on Accreditation of Hospital

L'arrêté royal du 20 juillet 1947 définissait les normes, les conditions requises pour le fonctionnement des établissements hospitaliers. Celles-ci étaient pensées dans l'optique de garantir une qualité et une sécurité de soins. Ces conditions restaient facultatives.

Les premières normes obligatoires, essentiellement centrées sur la sécurité et l'hygiène, arrivent après la loi sur les hôpitaux¹², il s'agira de l'arrêté royal du 23 décembre 1963. Par la suite, s'ajoutent différents éléments relatifs à la qualité des soins comme : l'arrêté royal concernant la responsabilité du médecin chef, les arrêtés royaux définissant l'activité infirmière, l'hygiène hospitalière, le comité médico-pharmaceutique, le comité de transfusion, etc. Ce sont des moyens mis à disposition des pouvoirs publics afin d'encadrer les soins de santé. L'agrément est maintenant nécessaire pour qu'un hôpital puisse fonctionner. De plus, il n'est jamais donné à titre définitif. Il est renouvelé périodiquement, tous les cinq à six ans maximum, sur base d'une inspection des Communautés ou Régions. On retient différentes normes. Les normes de base s'attachent aux éléments minimaux sur les plans architecturaux, fonctionnels et organisationnels. Les normes complémentaires ont été ajoutées dans les années 1980 et affinent l'organisation de l'hôpital et des services, par exemple : 24 lits pour un service de gériatrie, les fonctions nécessaires ou les taux d'accouchements. Enfin, les normes spéciales régulent les activités spécifiques, comme celles des comités, fusions, hôpitaux universitaires. La qualité des soins apportés au patient est devenue un élément central. L'hôpital doit pouvoir prouver qu'il s'adapte à l'évolution de la société ainsi qu'à ses besoins.

Si l'établissement ne satisfait pas à toutes les normes requises, un agrément plus court peut être délivré, une suspension de l'agrément peut être proposée tout comme la possibilité de le retirer. Une véritable politique de qualité doit être démontrée. Il n'est donc pas à confondre avec l'accréditation qui reste facultative pour le moment.

Depuis environ vingt ans, une évolution au niveau de la qualité des soins est à noter : présence d'évaluations internes, externes, de programmes de soins. Un plan pluriannuel 2007-2012 est ensuite arrivé dans lequel le Service Public Fédéral Santé Publique soutient les hôpitaux dans la démarche d'accréditation par, notamment, la mise en place d'un cadre pour la qualité : événements indésirables, indicateurs, etc. Le plan pluriannuel suivant, 2013-2017, poursuivait cette démarche en se focalisant sur l'empowerment, la sécurité, le leadership et la communication, l'identitovigilance, les médicaments à haut risque, etc. Ces thèmes sont par ailleurs des incontournables dans un processus d'accréditation.

¹² 23 décembre 1963

Du côté flamand, on prend plus facilement part à cette dynamique. La Communauté flamande axe sa politique en matière de qualité des soins sur quatre points : la promotion de l'accréditation, l'allègement des procédures d'agrément pour les hôpitaux accrédités, la transparence des résultats ainsi que le développement d'indicateurs de qualité. Nous pouvons donc dire que le gouvernement flamand incite les hôpitaux de sa région à se faire accréditer. En 2013, on comptait 57 hôpitaux flamands qui se lançaient dans la démarche. La plupart des structures de soins se soumettent à l'accréditation NIAZ¹³ néerlandaise, les autres ont choisi le référentiel JCI¹⁴ pour environ un tiers.

Du côté wallon et bruxellois, le Mouvement Wallon pour la Qualité naît en 1999. Celui-ci ne s'intéresse pas qu'aux soins mais à tous les secteurs. En 2013, en revanche, le Gouvernement wallon établit un plan « qualité des soins » en 6 axes :

- La réflexion autour de nouvelles normes ou de l'évolution de normes anciennes,
- La production d'indicateurs,
- La préparation et l'accompagnement au processus d'accréditation, la mise en cohérence de l'inspection, des normes tout comme de la cohérence entre indicateurs et accréditation,
- L'initiation d'un benchmarking entre les institutions de soins,
- La réflexion sur la diffusion des résultats,

Citons enfin la mesure 13 du plan Marshall Horizon 2022 : « 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 une démarche d'accréditation ».

Chez nos voisins français, la culture est différente. Le Point, magazine français, édite chaque année depuis vingt ans le palmarès des hôpitaux privés et publics en les classant notamment par spécialité ou par pathologie traitée. Véritable benchmark de l'activité hospitalière, cette revue tout public donne des informations clés aux consommateurs de première ligne, à savoir les patients. Le benchmark, qui pourrait être traduit comme une étude comparative, est un terme issu du marketing. Il s'agit de l'étude d'un produit, d'un service ou d'un ensemble de ceux-ci en le comparant aux leaders du marché. Cette démarche d'analyse de la concurrence a

¹³ Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (Institut néerlandais pour l'accréditation dans les soins, collaborant avec Accréditation Canada)

¹⁴ La Joint Commission International est un organisme d'accréditation américain

pour but de cibler les pistes d'amélioration possible et donc augmenter les performances. Finalement, il s'agit d'observer ce qui fonctionne bien chez les autres et de l'exporter dans notre institution ou entreprise tout en l'adaptant aux spécificités du terrain. L'entreprise comparée est prévenue de cette démarche. Cette démarche peut très bien avoir lieu dans le quotidien du cadre de santé. Pourquoi ne pas aller voir dans un service voisin ce qui se fait de bien et comment afin de l'exporter dans son équipe, dans son service ?

« Qui veut s'améliorer doit se mesurer, qui veut s'améliorer doit se comparer »¹⁵

Il nous paraît fondamental d'insister sur la distinction entre benchmarking et accréditation afin qu'il n'y ait pas la moindre confusion entre ces deux procédés, tous deux volontaires. L'accréditation, est-ce du benchmarking ? Peut-être, si nous l'envisageons comme une démarche de comparaison en vue de s'améliorer. A la différence ici qu'il ne s'agit pas d'aller voir chez les concurrents ce qui fonctionne bien pour l'exporter. Il s'agit de se comparer à un manuel, le référentiel, un regroupement de bonnes pratiques, et à adopter ou consolider ces dites pratiques. La créativité et l'innovation ne sont pas des éléments prégnants dans une démarche d'accréditation, on parlera plutôt ici de conformité. Elles peuvent en revanche faire la différence dans le benchmarking. Se lancer dans un processus d'accréditation aide, certes, à faire progresser la qualité au sein des institutions de soins mais sert avant tout à obtenir un label, gage d'une certaine qualité, de fierté et évidemment de publicité...

Dans l'Europe des 27, seuls 15 pays appliquent un programme d'accréditation aux hôpitaux. De manière globale, on peut dire que nous nous dirigeons vers des labels de qualité qui permettraient aux consommateurs de soins, de plus en plus mobiles et libres de choisir, de se diriger vers l'hôpital qui correspond à leurs exigences. Cependant, pour le moment, aucune preuve ne met en évidence l'influence de l'accréditation sur les performances. Nous resterons donc prudents à ce sujet.

2.2.3. Référentiels d'accréditation

On recense environ cinquante organismes d'accréditation dans le monde et donc environ une cinquantaine de référentiels.

¹⁵ Robert C. Camp, initiateur de la démarche de benchmarking

Les référentiels diffèrent d'un organisme à l'autre mais les mêmes thématiques sont globalement présentes. D'une part, nous retrouvons des grands thèmes relatifs à l'ensemble de l'organisme comme la gouvernance, le leadership, la prévention et le contrôle des infections, la gestion des médicaments et la préparation aux situations d'urgence et aux sinistres. D'autre part, les référentiels s'intéressent à l'excellence des différents services en restant généraux ou en allant plus dans le détail en fonction de l'organisme choisi. Quel que soit le manuel choisi, on retrouve à des degrés de précision variables des normes, développées ensuite en critères, ce que les accréditateurs vont observer et évaluer.

Il existe des pratiques organisationnelles requises ou encore parfois appelées pratiques exigibles prioritaires, qui sont incontournables, et relativement transversales, pour obtenir l'accréditation. Elles concernent notamment l'identitovigilance, l'hygiène des mains, la transmission des informations, etc. Aucun droit à l'erreur ne sera autorisé pour ces items.

Cette similarité dans les grandes thématiques permet donc à toute institution de soins de se préparer globalement à l'accréditation avant même le choix d'un organisme en particulier et donc la consultation du référentiel qui y est associé. Nous avons tenu à développer un peu plus mais sans être exhaustif trois référentiels susceptibles d'être utilisés chez nous ou dans des pays qui nous sont proches.

2.2.3.1. Haute Autorité de la Santé

En France, nous retrouvons la HAS ou Haute Autorité de la Santé. Son programme de certification date de 1999 et ne permettait d'accréditer que les hôpitaux français. France Accréditation commence à permettre depuis 2010 aux hôpitaux étrangers de les accréditer en se référant au manuel français. Son référentiel est principalement axé sur une logique institutionnelle globale et non sur l'étude de chaque service pris individuellement. La difficulté tient donc, pour les cadres de santé et les services, au fait qu'il ne s'agit pas d'un manuel « prêt à l'emploi ». Nous notons deux grands thèmes dans le référentiel. D'une part, nous retrouvons un chapitre centré sur le management de l'établissement. D'autre part, le manuel se concentre sur la prise en charge du patient. Des subdivisions existent malgré tout par grand pôle de soins. On dénombre 85 critères centrés sur les évidences et sur la législation française. Viennent ensuite des sous-critères organisés en fonction de la roue de Deming et permettant donc aux cadres de mettre facilement en place des plans d'action.

2.2.3.2. Accréditation Canada International

Au Canada, nous retrouvons l'ACI pour Accréditation Canada International, active depuis 2004 dans une dizaine de pays. Leur programme d'accréditation se nomme Qmentum. Le référentiel, à l'inverse de la France, se compose d'une vingtaine de référentiels dédiés à des services spécifiques, ce qui rend leur apprentissage un peu plus fastidieux pour la direction et les cadres de santé. Nous en retrouvons également pour les médicaments ou la gestion et le leadership. Dans chaque référentiel d'ACI, nous retrouvons des normes et des critères. Si l'une des pratiques organisationnelles requise n'est pas validée, l'accréditation n'aura pas lieu. Chaque critère possède trois niveaux d'accréditation possible. On dénombre environ 500 critères dont plus ou moins 100 pratiques organisationnelles requises. Ces chiffres peuvent donner le vertige mais ils sont à relativiser. En effet, beaucoup de critères se retrouvent dans différents manuels. Il y a un certain nombre d'items similaires d'un service à l'autre.

Finalement, il est important de savoir que l'accréditation globale de l'hôpital peut se faire avec trois grades différents, mettant en évidence le niveau de conformité de l'hôpital aux différents référentiels. De manière croissante, un hôpital peut recevoir une accréditation or, platine et finalement diamant. Peut-on parler d'un incitant pour s'améliorer encore ou pour accroître le jeu de la concurrence ?

2.2.3.3. Joint Commission International

Créée en 1994 au Etats-Unis, la JCI ou Joint Commission International est active dans le monde entier. Le référentiel, à l'instar de la France, offre également une vue plus globale, horizontale des institutions de soins avec toutefois des points d'attention centrés notamment sur les soins chirurgicaux. Nous retrouvons deux grandes parties : les standards qui se focalisent sur le patient et les standards de gestion de l'établissement de soins. Plus encore que dans la HAS, qui a un fonctionnement assez similaire, le patient est au cœur des préoccupations. Des objectifs sont repris dans chaque section. Dans chaque objectif, on retrouve des points d'attention et des indicateurs. Ce manuel est extrêmement précis et laisse peu de place à l'imprévu ou à l'interprétation. Au contraire de l'HAS et de l'ACI, il n'y a pas d'ordre de priorités dans ce référentiel américain.

2.2.3.4. Conclusion

L'amélioration continue semble être davantage stimulée par les référentiels canadiens et américains. En effet, nous observons une gradation dans les niveaux d'exigence d'une part et l'utilisation explicite du PDCA d'autre part. Ceci dit, nous ne dénombons pas de différences majeures d'un organisme à l'autre. Le choix du référentiel peut éventuellement se faire en fonction d'une sensibilité particulière ou en fonction des expériences des hôpitaux voisins par exemple.

Se focalisant essentiellement sur la sécurité et la qualité dans les soins, les référentiels d'accréditation sont le code à suivre impérativement pour décrocher le label tant désiré. L'utilisation de ceux-ci est un outil précieux pour guider la démarche qualité d'un hôpital mais tout n'y est pas répertorié. Il s'agit de balises évidentes et indispensables. De grands standards sont repris de manière plus ou moins précise en fonction de l'organisme choisi. Les thèmes étant globalement toujours les mêmes, l'hôpital peut s'y préparer sans pour autant voir des directives précises. Par ailleurs, certains points d'attention se retrouvaient déjà dans les plans pluriannuels belges comme l'identitovigilance, la pharmacovigilance, etc. Les référentiels apportent finalement peu de nouveauté pour le cadre de santé mais ils concentrent les bonnes pratiques qui devraient être appliquées même sans utiliser la récompense de l'accréditation. Ils ont le mérite de faire réfléchir les cadres de santé notamment sur leurs pratiques quotidiennes. Il s'agit finalement d'un outil intéressant mais qui ne doit pas, à notre sens, être exclusif. L'institution, le cadre de santé, les collaborateurs, doivent aussi garder leur créativité dans la démarche d'amélioration continue qui ne devrait pas se résumer qu'à l'accréditation.

Une fois que nous avons pris connaissance du contenu des référentiels, une progression, des étapes-clés guideront le chemin vers l'accréditation. Quelles sont-elles ?

2.2.4. Phases du processus d'accréditation

La démarche d'accréditation, peu importe l'organisme choisi, se passe en cinq temps :

- Tout d'abord, il y a la demande faite par l'institution de soins à l'organisme d'accréditation de son choix. Les modalités du processus sont définies lors de la rédaction d'un contrat.

- Dans un second temps, l'autoévaluation par rapport au référentiel de l'organisme est entreprise par l'établissement de soins. Il s'agit de se mesurer, de fixer des objectifs et des plans d'action en vue de l'atteinte de ceux-ci. L'idée est de se situer sans œil extérieur en essayant d'être le plus objectif possible.
- Ensuite, la visite sur le terrain par des experts va objectiver le niveau de qualité de l'hôpital au regard du référentiel. Les visites peuvent porter sur des trajets de soin ou sur des processus particuliers. Une première visite « à blanc » peut également être programmée, avant la visite certificative, afin de jauger le niveau de l'hôpital et de dégager des pistes d'amélioration.
- Le rapport rédigé rapidement par les experts permettra de décider si l'hôpital sera accrédité ou non.
- La poursuite de la démarche d'amélioration continue est indispensable car l'accréditation est à renouveler, elle est délivrée pour une période définie. Parallèlement, les référentiels évoluent avec les progrès de la médecine et donc les exigences en matière d'accréditation également.

L'accréditation a un coût mais aucune donnée ne permet pour l'instant de l'estimer. Il peut différer d'un organisme à l'autre et d'un établissement de soins à l'autre en fonction par exemple du nombre de lits.

2.2.5. Facteurs de réussite d'une démarche d'accréditation

A travers nos lectures, nous avons pu recenser différents facteurs semblant être bénéfiques pour mener à bien une démarche d'accréditation. Le soutien de la direction générale ainsi que son implication semblent être un prérequis incontournable. Celui-ci semble toutefois évident étant donné que le choix d'entrer dans l'accréditation émane en premier lieu de la direction. Dans un deuxième temps, l'existence préalable d'une politique institutionnelle en matière de sécurité et de qualité est un gage de réussite. Une autre considération est que l'hôpital doit avoir une réelle volonté de mettre à jour ses pratiques professionnelles. Il ne s'agit certainement pas d'obtenir un sésame et ensuite de revenir aux habitudes d'antan. Ensuite, incorporer l'accréditation dans le plan stratégique de l'institution permet d'asseoir la démarche à une position majeure et centrale, d'axer les objectifs opérationnels au regard de la démarche d'accréditation et enfin de la rapprocher des valeurs et missions de l'entreprise. Nous reviendrons par ailleurs sur ces dernières dans notre quatrième chapitre.

Le plan stratégique d'une entreprise est rédigé afin d'atteindre les objectifs fixés à moyen ou à long terme. Il tient compte notamment des ressources et des risques. Il s'agit d'une réflexion préalable à toute action opérationnelle. Il est rédigé par le comité de direction. La bonne communication de ce plan est déterminante car il est le point de départ et l'orientation à suivre pour le management de terrain et donc, dans un second temps, pour tous les collaborateurs.

L'institution doit également faire preuve d'une certaine transversalité pour implanter ce changement. Cela apportera souplesse, adaptation et esprit d'équipe. Beaucoup de ces facteurs de réussite semblent éloignés du cadre de santé mais sont indispensables pour la cohérence du projet sur le plan institutionnel. Nous pensons toutefois que le cadre peut être le pont, le lien entre ces décisions en amont et son équipe. Il se doit d'informer, de relayer, de partager les valeurs. Il aura également son rôle à jouer dans ce dernier facteur de réussite incontournable : la bonne gestion documentaire. Sans procédures, dossiers médicaux complets, gestion documentaires du circuit du médicament, et tant d'autres, impossible d'obtenir l'accréditation d'un hôpital.

Les individus ayant l'expérience de l'accréditation mettent en avant l'importance d'un processus sur le long terme et de l'absence de précipitation. Un planning global doit cependant être défini. L'accréditation doit s'intégrer en profondeur dans la gestion globale de l'institution et dans sa stratégie. Les moyens et le personnel doivent bien évidemment être prévus en conséquence.

Entrer dans un processus d'accréditation est décidé par les plus hauts niveaux de la hiérarchie mais nécessite l'adhésion et l'implication de tous. Pourquoi choisir d'entrer dans un processus d'accréditation ? Quelles sont les raisons qui motivent ce choix ?

2.2.6. Avantages et inconvénients

Nous pouvons nous poser la question de savoir pourquoi une entreprise de soins entre dans une démarche d'accréditation. Pour bien comprendre les tenants et aboutissants de la démarche d'accréditation, et donc les défis du cadre de santé, il nous a paru intéressant d'envisager les avantages et inconvénients de celles-ci. Nous avons pu comprendre précédemment que les contraintes et contextes politiques évoluent et actuellement vont dans le sens de l'accréditation et de la démarche qualité sans pour autant rendre cette certification obligatoire.

Les avantages principaux semblent, pour nous, se situer dans l'analyse ainsi que dans la publicité. La visite d'accréditation permet de mettre en lumière les dysfonctionnements pour envisager des pistes d'amélioration, le progrès en ligne de mire. Il s'agit également de mettre en évidence ce qui fonctionne bien, ce qui apporte une certaine valorisation, une certaine reconnaissance, pourvu que celle-ci soit communiquée au terrain. L'accréditation est un projet à moyen ou à long terme qui, lorsqu'il est mené au mieux, fédère et mobilise le plus grand nombre. Un cap est donné. Faut-il attendre l'accréditation pour donner un cap, pour se remettre en question ou pour encore pour s'évaluer ? Bien évidemment non, mais l'accréditation offre un cadre strict et identique pour tous les hôpitaux. Ceci n'enlève ou ne minimise en rien les projets institutionnels ou la stratégie suivie. Il s'agit, à notre sens, de complémentarité, de challenge. D'un autre côté, si l'accréditation est obtenue, elle peut être une belle publicité pour l'institution. Ces événements sont médiatisés la plupart du temps. Il s'agit de se positionner dans un marché de plus en plus concurrentiel et de rester attractif. L'accréditation n'est pas la solution miracle mais apporte une impulsion intéressante pour les institutions de soin à l'heure actuelle. Un autre avantage que nous souhaitons relever est que les normes sont les mêmes pour tous. Il n'y a pas ici de différences au sein d'un même pays comme pour l'agrément dépendant de compétences régionales.

Du côté des inconvénients, nous pouvons nous poser la question de savoir si l'accréditation n'enferme pas les institutions de soins, tout comme les cadres de santé dans un moule. Nous nous demandons si cette démarche n'étouffe pas la créativité par le conformisme et la standardisation. A-t-on encore la possibilité de réfléchir par nous-même, d'exercer notre fonction de cadre de santé ou devons-nous nous référer constamment aux prescrits des référentiels ? Nous nuancions cette idée car les référentiels attendent l'atteinte d'objectifs précis mais n'imposent en rien la manière d'y arriver. Cela laisse donc place à une créativité certes relativement balisée. N'aurait-on pas tendance à se focaliser presque exclusivement sur les exigences du référentiel ? Est-ce qu'alors ce qui n'est pas dans le référentiel n'est pas ou peu digne d'intérêt ? C'est là, à notre sens, le vrai défi du cadre de santé : intégrer cette démarche d'accréditation à son quotidien tout en restant critique, en s'adaptant et en poursuivant sa mission de soin en y préservant sa part d'autonomie. L'accréditation est effectivement un défi pour la direction et finalement assez inévitable pour l'hôpital et l'ensemble de ses collaborateurs. En cas d'échec, quel ressenti pour les collaborateurs ainsi que pour la direction ? Quelle culpabilité ? Quel impact sur la motivation de tous ainsi que sur le leadership ? Parallèlement, à l'extérieur des murs de l'hôpital, nous pouvons nous poser la question de la crédibilité, de la publicité négative qui peut en découler.

Les référentiels d'accréditation sont-ils des solutions miracles? Nous n'irions certainement pas jusqu'à employer ce terme. Même si la démarche a une visée noble et apporte un plus en terme de qualité à l'hôpital qui la réalise, nous pensons aussi qu'il s'agit d'un marché à prendre. La démarche d'accréditation engendre des coûts. Ces derniers sont variables en fonction de l'organisme choisi, de la taille de l'hôpital et du contrat établi. Des formations payantes sont parfois également proposées. Nous ne disposons malheureusement pas de données chiffrées nous permettant de quantifier ces coûts directs. D'autres dépenses moins évidentes sont également à considérer. L'accréditation prend du temps, elle remet parfois profondément en question certaines manières de fonctionner de l'institution. Du personnel est mobilisé spécifiquement pour préparer cette accréditation. Comme dit précédemment, le processus d'accréditation touche et implique tout le monde peu importe le métier ou le niveau dans la hiérarchie. Il faut, à notre sens, être réaliste et se dire que l'accréditation coûte en temps et donc forcément en argent. Ces coûts seraient-ils peu significatifs au regard des bénéfices apportés? A vrai dire, nous ne pouvons que partiellement répondre à cette question tant les données financières nous manquent. Ce que nous pouvons en revanche affirmer, c'est que la non-qualité a un coût : séjour trop long, frais supplémentaires, mauvaise publicité, plaintes, etc. Si l'accréditation permet d'augmenter le niveau de qualité et donc diminuer la quantité de ces événements, elle apporte alors un réel bénéfice sur le long terme pour tous. Notons également qu'il existe peu de preuves en ce qui concerne les résultats de l'accréditation sur la performance. Reposons la question : l'accréditation est-elle un remède miracle? Non, mais l'hôpital qui inscrit l'accréditation dans son plan stratégique a devant lui une belle opportunité en matière de remise en question sur le plan de la qualité. Il nous semble important d'envisager cette démarche comme un outil et non pas comme une solution. Ce projet doit cependant être mûrement réfléchi et préparé, car il n'est pas sans conséquences.

“Rien ne sert de courir, il faut partir à point”¹⁶

Il est, selon nous, dans l'intérêt d'un hôpital, et du cadre de santé, de se préparer à un changement, quel qu'il soit, plutôt que de devoir l'affronter brutalement. L'accréditation est dans l'air du temps, nul hôpital ne peut le nier. Il faut, pour la direction et les cadres de santé, pouvoir relever des défis, garder constamment cet état d'esprit de mouvement et de challenge et bien sûr pouvoir anticiper le changement. Cette flexibilité et cette capacité d'adaptation

¹⁶ Jean de la Fontaine

peuvent être entretenues par des changements progressifs et réguliers au sein de l'entreprise sans pour autant en abuser.

Poursuivons la réflexion : peut-on dire que l'accréditation est un processus de changement basé sur des objectifs de qualité ?

2.3. Conclusion

La qualité est partout et est l'affaire de tous. Suivant un cycle défini, elle pousse les entreprises à s'améliorer sur différents plans. L'accréditation, quant à elle, peut être perçue comme une sorte de label non obligatoire obtenu par un contrôle externe et basé sur des normes, sur un ensemble de bonnes pratiques internationalement reconnues ou sur l'Evidence Based Medicine¹⁷ ou encore l'Evidence Based Nursing. La majorité des points d'attention porte sur la qualité et la sécurité. Sans pour autant être un prescrit légal, il est indéniable que le processus d'accréditation pousse la démarche qualité d'une institution de soins. Accréditation n'est donc pas purement qualité mais le processus d'accréditation permet de consolider ou d'améliorer la démarche qualité d'une institution de soins sur base des critères définis dans le référentiel. Il s'agit de se comparer pour s'améliorer !

Dans l'esprit des individus, accréditation est souvent assimilée à qualité, ce qui offre une vision positive de la démarche. Ce qui effraie, en revanche, tient au bouleversement des habitudes, au changement, aux ressources nécessaires pour mener à bien un tel projet ou encore une possible lourdeur administrative s'ajoutant à celle préexistante.

Lors de la décision d'une démarche d'accréditation au sein d'un hôpital, le cadre de santé a son rôle à jouer à chaque étape de la roue revisitée de Deming, dès le diagnostic et jusqu'à la pérennisation. Il est clair qu'il ne participe pas à la décision d'entrer dans un processus d'accréditation mais sera une cheville ouvrière dans la conception, la réalisation, les ajustements et finalement la pérennisation de ce projet. Le diagnostic se fera évidemment à l'échelle de son service mais également en tenant compte des interactions avec les autres parties prenantes. Il sera le propre pilote de cette démarche au sein de son service. Rarement cavalier solitaire dans les projets de cette ampleur, une équipe qualité viendra très probablement l'épauler. Malgré tout, les responsabilités de la bonne exécution du projet lui incombent. Sa créativité sera sollicitée tout comme ses facultés de communication pour mener

¹⁷ Il s'agit de la médecine basée sur des preuves. La prise en charge personnalisée du patient est réalisée en tenant compte des résultats des dernières recherches cliniques dans le domaine
.Il s'agit des soins infirmiers basés sur des preuves. La prise en charge personnalisée du patient est réalisée en tenant compte des résultats des dernières recherches cliniques dans le domaine

à bien la réflexion et la mise en œuvre des solutions choisies pour atteindre l'objectif. Un aspect quantitatif lui sera demandé afin de définir et de suivre des indicateurs, reflets d'une progression. Finalement, un pilotage à plus longue distance permettra aux résultats de durer dans le temps, de prendre leur envol avec stabilité. Nous pouvons dire que le cadre de santé se retrouve mêlé et fortement impliqué à chaque étape. Il doit donc au préalable être convaincu du changement, bien comprendre et adhérer au projet d'accréditation. Doit-il pour autant tout assumer ? Nous pensons au contraire que bon nombre de tâches peuvent être déléguées. Le cadre de santé n'a malheureusement pas le don d'ubiquité et les problèmes du quotidien ne s'arrêtent pas pour autant lors de la démarche d'accréditation. Par ailleurs, cela peut s'avérer très profitable aux collaborateurs qui se voient confier des challenges, des responsabilités, cela apporte valorisation et confiance pour peu qu'ils ne soient pas livrés à eux-mêmes. Délégation et participation, oui, mais en accompagnant !

La démarche d'accréditation est source de consolidation parfois, et bien souvent de changement à tous niveaux. Tant au niveau de la direction, que du middle management ou encore et surtout du terrain, des habitudes devront être modifiées ou abandonnées au profit des prescrits du référentiel choisi. Ces changements ne risquent-ils pas de recevoir un accueil mitigé ? Comment le cadre de santé pourra-t-il réaliser cette transition, accompagner et implanter ce changement sans trop de turbulences ?

3. Accréditation et changement

D'un hôpital à l'autre, l'accréditation peut être perçue comme un outil de consolidation, de changement ou encore de progrès. L'accréditation est un changement qui émane de la direction et, comme nous l'avons vu, qui impacte chaque membre du personnel de l'institution. Le changement est partout et tout le temps dans le monde hospitalier et dans le quotidien du cadre confronté aux normes évoluant sans cesse, aux chiffres de plus en plus présents dans sa pratique, à l'évolution de la politique en matière de soins de santé ou encore à la politique interne de l'hôpital. Le changement peut être nécessaire ou encore ouvrir les portes de la créativité. Le changement peut être perçu comme une opportunité ou encore être très mal vécu par le cadre ou ses collaborateurs. Notre intérêt pour l'accréditation nous pousse à approfondir le sujet. Nous pensons que pour mener à bien une démarche d'accréditation, le cadre de santé trouvera des outils dans la théorie du changement. Qu'il s'appelle accréditation ou autre, il nous paraissait nécessaire de bien le comprendre pour bien le conduire. Mais qu'entend-on par changement ? Toutes les circonstances de changement se valent-elles ? En matière de changement dans le cadre de l'accréditation, à quoi le cadre de santé devra prêter attention ? Pour répondre à ces questions, il nous semble nécessaire de développer certains concepts et certaines typologies de la théorie du changement.

3.1. Théorie du changement

Le dictionnaire Larousse nous apprend que le changement se définit comme : « action, fait de changer, de modifier quelque chose, passage d'un état à un autre, fait d'être modifié, changé ; modification, transformation, modification profonde, rupture de rythme ; tout ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi. » L'ordre est brisé pour faire place à une zone de turbulences : le changement. Il s'agit d'une rupture avec ce qui se faisait jusqu'à présent, une remise en question de nos pratiques et manières de penser pour évoluer, aller vers un mieux souhaité.

Dans notre problématique, le mieux souhaité serait donc la conformité aux exigences du référentiel d'accréditation et la réussite collective de l'obtention de cette dernière. Le cadre de santé doit donc adhérer à ce postulat sans quoi la conduite du changement lié à l'accréditation risque de devenir schizophrénique et donc stérile au bout d'un moment. Comment espérer

convaincre sans être convaincu à son tour ? Avant toute chose, intéressons-nous aux grands principes de tout changement pour mieux le comprendre.

3.1.1. Processus de changement

Le psychologue Kurt Lewin a traité des sujets tels que la dynamique de groupe et les résistances au changement. A la fin des années 1940, il parle de trois niveaux de changement et de leur caractère dynamique : unfreezing, moving et freezing. Dans cette théorie, la réussite du changement passe par la réussite de chaque étape.

Unfreezing ou phase de dé cristallisation au cours de laquelle il s'agit d'abandonner des habitudes, comportements. Il faut remettre en question son fonctionnement pour y trouver la source de motivation au changement, prendre conscience que la situation initiale n'est pas optimale et qu'il est nécessaire de changer pour construire un mieux. Le rôle de la hiérarchie, des cadres, est important pour persuader de la légitimité et de la nécessité du changement.

Moving ou phase d'action, d'adaptation, déplacement qui consiste à essayer de nouvelles manières d'agir. Les gages de réussite de cette phase sont l'identification du sujet à de nouveaux modèles ainsi que l'intériorisation de nouveaux comportements, capacité et volonté à voir les choses d'un autre œil. Des pratiques parfois contradictoires coexistent encore. Les comportements évoluent.

Enfin, freezing ou phase de recristallisation, de consolidation au cours de laquelle le changement est adopté, intégré au quotidien. La situation est à nouveau stabilisée pour tous.

Ce modèle simple permet de comprendre les grandes étapes-clés du changement mais ne parle pas du ressenti des individus, ni du contexte du changement. Ce modèle est également peu adapté dans des environnements où le changement est constant.

Autissier et Moutot¹⁸ envisagent le changement comme un processus formalisé où se succèdent en cycle cinq étapes :

- Le diagnostic et la définition du changement, planter le décor : pourquoi, où, qui, quoi, comment, quand.
- La co-construction et/ou la communication du changement : informer, donner du sens, expliquer, expérimenter.
- La formation au changement : la préparation du déploiement, soutenir, rassurer, encourager les différents acteurs.

¹⁸ 2013, 2015

- La gestion du changement : la mise en œuvre, ses effets, la stratégie adoptée, la gestion des conflits et des coopérations.
- La gestion des transformations : évaluer, ajuster, ancrer durablement.

Dans ce second modèle, nous remarquons l'importance du travail à réaliser en amont, avant de concrétiser tout changement. L'aspect participatif est également mis en évidence tout comme la dimension de coaching. Ceci est également valable pour le cadre de santé dans la démarche d'accréditation ou dans la conduite d'un projet.

Le processus d'accréditation demande aux individus de consolider ou de changer certains comportements, certaines habitudes au regard des prescrits du référentiel. Ces deux modèles nous permettent alors de dégager une idée centrale. Pour mener à bien le projet d'accréditation et les changements qui en découlent, le cadre va devoir essentiellement motiver et guider. Il doit communiquer, informer, démontrer les avantages de l'accréditation. Il s'agira de motiver son équipe pour qu'elle adhère à l'idée de changement et qu'elle se mobilise en ce sens. Au travers des différentes phases, ses aptitudes de stratège seront mises à l'épreuve. L'accréditation nous demande de pousser une démarche qualité dynamique qui implique solidement le terrain, cadres de santé comme collaborateurs.

La conduite du changement à l'hôpital peut paraître peu aisée pour plusieurs raisons : la dépendance aux prescrits légaux, la spécialisation forte, une ligne hiérarchique la plupart du temps très verticale ainsi qu'une certaine lenteur administrative. Malgré tout, la vie de cadre de santé n'est pas ou peu faite de stabilité. Le changement, petit ou grand, fait partie de son quotidien. Au regard de la théorie préalablement développée, il nous paraît avant tout nécessaire, en tant que cadre de santé, de clarifier les raisons d'un changement, d'identifier le problème ainsi que ses causes. Dans un second temps, des objectifs à atteindre devront être définis. Pour pouvoir les atteindre, il sera indispensable d'envisager les différentes solutions possibles et de les évaluer sous plusieurs angles comme les avantages et inconvénients, le coût, leur pertinence, les ressources nécessaires,... Une fois cette réflexion bien posée, nous pouvons passer à une étape de planification du changement et finalement à sa mise en œuvre. Tout comme pour la roue de Deming, une évaluation et des ajustements seront nécessaires. Ces différentes étapes incontournables ne sont pourtant pas les seuls garants d'une bonne conduite de changement. La manière dont nous conduirons le changement sera extrêmement importante pour faire face aux résistances.

L'adhésion de l'équipe et les conduites de changement sont-elles toujours les mêmes en fonction du type de changement à réaliser ?

3.1.2. Intentionnalité et rythme du changement

Gersick (1991) et Miller (1982) classent le changement selon une intentionnalité et un rythme. Dans l'intentionnalité, nous distinguons un changement volontaire d'un changement imposé. Au niveau du rythme, c'est alors un changement brutal ou progressif. En fonction de ces critères, nous obtenons quatre types de changements.

	Imposé	Volontaire
Progressif	<p>Changement prescrit</p> <p>Répond à des contraintes environnementales</p> <p>De 1 an à 3 ans</p>	<p>Changement construit</p> <p>Évolution de l'organisation qui amène à changer les modes de représentation de l'entreprise par les acteurs.</p> <p>De 1 à 10 ans</p>
Brutal	<p>Changement de crise</p> <p>Réponse rapide à un dysfonctionnement</p> <p>De 1 jour à 3 mois</p>	<p>Changement adaptatif</p> <p>Transformation des pratiques mêmes de l'organisation</p> <p>De 6 à 18 mois</p>

Illustration n°3 : Typologie du changement selon l'intentionnalité et le rythme

Le changement de crise est imposé et brutal. Il provient de facteurs internes ou externes. Un problème bouleverse subitement l'ordre établi et demande une réponse très rapide. Celui-ci bloque partiellement ou non le fonctionnement de l'entreprise. Le cadre aura un temps très limité pour étudier ce changement, les solutions possibles et devra essentiellement suivre son instinct. La préparation au changement n'est quasiment pas possible de par le caractère soudain et rapide. On ne peut le prédire et donc on ne peut préparer les acteurs de terrain.

Le changement prescrit est imposé et progressif. Les raisons du changement sont essentiellement liées à des contraintes externes comme des lois ou des normes par exemple. L'organisation a l'obligation de suivre ces prescrits et donc doit nécessairement réaliser le changement pour continuer à fonctionner. Dans ce cas de figure, la préparation au changement est possible car ces changements sont, la plupart du temps, annoncés de longue

date mais l'idée du changement n'émane pas du terrain. En fonction du niveau de prescription, le cadre dispose de plus ou moins de liberté dans les actions à entreprendre pour mener à bien le changement.

Le changement adaptatif est volontaire et brutal. Il doit être réalisé assez rapidement, en moins de deux ans, et émane souvent de contraintes internes. Il s'agit par exemple de revoir des procédures, de réorganiser un service ou une fonction, la mise en place et l'utilisation d'un logiciel, etc. Les projets sont de moins grande envergure que lors du changement construit mais nécessitent toutefois l'implication des personnes de terrain pour être menés à bien. De manière générale, on peut dire qu'un changement volontaire nécessitera en première intention plus d'énergie pour le cadre qu'un changement imposé qui, lui, revêt un caractère indiscutable. Ici information, arguments, force de persuasion et motivation seront décisifs.

Le changement construit est volontaire et progressif. Il répond à des facteurs internes. Il envisage le changement en profondeur et de manière durable. Nous pensons à des changements de culture, à une autre manière d'envisager l'activité, etc. Ce changement est le plus souvent axé sur l'apprentissage individuel et collectif.

Nous nous posons la question de savoir si le type de changement auquel nous rattachons l'accréditation n'est pas variable en fonction de l'individu concerné ou en fonction de l'étape de la démarche. En effet, est-ce qu'une infirmière chef d'unité ne fait pas face à un changement de crise lorsque les visiteurs de l'organisme d'accréditation pointent des dysfonctionnements dans l'unité lors de la visite « à blanc » ? L'accréditation n'est-elle pas un changement adaptatif lorsque l'équipe qualité en charge du projet se rend compte, en parcourant le référentiel, que des procédures sont à ajuster ?

Nous pensons effectivement que l'angle de vue change notre manière de classer l'accréditation. Cependant, nous souhaitons dans ce travail garder une vue macroscopique. Dans cette optique, cette typologie du changement nous permet de rapprocher l'accréditation du changement prescrit car étant un changement progressif répondant à des contraintes de l'environnement, à des normes à suivre. La décision de départ, de la part de la direction reste volontaire mais le contexte concurrentiel des hôpitaux et les contraintes à suivre (référentiel, étapes du processus d'accréditation,..) en font malgré tout, selon nous, un changement imposé. Par ailleurs, le temps entre la décision d'entrer dans un processus d'accréditation et le rapport de la visite finale s'apparente à une ou deux années. Ceci dit, ce qui importe de bien

comprendre ici, avec cette typologie, c'est que l'accréditation amène à un changement profond ou à une consolidation profonde de l'organisme qui y fait appel. En effet, l'accréditation a beau être une photographie de l'institution de soins à un moment donné, elle s'inscrit dans un processus continu. L'accréditation est à renouveler, il ne s'agit donc pas de repartir à zéro lors de la visite suivante. C'est finalement une véritable culture de la qualité, de l'amélioration continue qu'il faut alors implanter à l'hôpital, chez tous les acteurs de terrain et ceci de manière durable. Le cadre de santé y a évidemment un rôle crucial à jouer. L'accréditation nous semble donc être une impulsion pour la naissance d'un changement construit, à construire ensemble. Dans la même idée, l'accréditation peut donc aussi être perçue comme un levier de l'amélioration continue dans un établissement de soins.

Si la direction est convaincue d'entrer dans une démarche d'accréditation, tout se passera-t-il pour le mieux dans le chef des collaborateurs, voire même du cadre de santé ? Suivront-ils l'opinion de leurs supérieurs ? Nous n'en sommes pas si certains.

3.2. Equipes de soin et résistances au changement

Peu de gens aiment bousculer leurs habitudes, faire face à des zones d'incertitude, expérimenter de nouvelles façon de faire. Sortir de son confort, de sa routine n'est pas donné à tout le monde. Les habitudes ont un côté rassurant et desquelles il est parfois difficile de se défaire. Lors d'un changement, les personnes développent souvent des résistances à celui-ci. Elles peuvent se manifester par une opposition ou un comportement de passivité. Ces résistances, qui affectent l'équipe soumise à de nombreuses pressions, ne peuvent être négligées lors de la mise en œuvre d'un changement et doivent même, tant que possible, être anticipées pour la bonne réalisation du projet. Mais avant de nous pencher sur les résistances, intéressons-nous d'abord à l'équipe. Qu'est-elle réellement ?

3.2.1. Groupes et équipes

« Le groupe est essentiellement une collection restreinte d'individus en situation de face-à-face qui interagissent pour réaliser une tâche ou satisfaire des buts communs. Les membres du groupe éprouvent de l'attrance, les uns pour les autres ; ils ont des relations de rôle conforme aux positions respectives de chacun. Ce système de rôle découle des divisions structurelles intra-groupe ; ces divisions structurelles apparaissent au fil du fonctionnement collectif et de la réalisation des buts du groupe. Les interactions continues permettent aux membres de se

sentir appartenir au groupe : c'est ce qu'on appelle le sens de l'identité comme membre du groupe. Cependant, le processus fondamental pour la formation psychologique du groupe et son degré de cohésion interne est l'attraction interpersonnelle. »¹⁹

Il s'agit donc d'au moins trois personnes avec au minimum un point commun. Le groupe est un acteur social qui produit des relations en interne mais également avec l'extérieur. Les théories traitant du groupe, nous apprennent qu'il existe plusieurs sortes de groupes avec des finalités parfois différentes.

Le groupe primaire est un groupe de personnes qui entretiennent des relations informelles et régulières. C'est une relation de proximité. Les liens sociaux sont souvent de nature affective. Une solidarité mécanique s'y opère.

Le groupe secondaire est un groupe organisé avec une solidarité organique. On note des objectifs et des actions communes. Les relations sont plutôt formelles, parfois contractuelles ou légales. De par sa structure et ses normes, il est plus solide dans le temps.

Le groupe restreint est un petit nombre de personnes ayant des relations étroites entre elles.

Le groupe étendu est composé de nombreux membres. Il est impossible pour les membres de connaître chaque personne qui compose ce groupe étendu.

L'équipe, quant à elle, apporte une notion différente de celle du groupe. C'est grâce à une cohésion grandissante du groupe qu'il devient une équipe. Cette cohésion trouve ses origines dans le conformisme (normes du groupe) et l'identité forte du groupe. Enfin, il faut noter la notion de travail dans le but d'atteindre un objectif commun.

« Mon équipe », « l'équipe de pneumologie », bref l'équipe telle qu'on en entend parler au quotidien à l'hôpital s'avère être un groupe secondaire, restreint, amené à devenir ou qui est devenu une équipe. Le rôle du cadre de santé sera central pour créer cette cohésion, ciment de l'équipe et pour la maintenir, même en période turbulente de changement. Au travers du point suivant, nous chercherons à comprendre comment et pourquoi des résistances au changement émergent au sein de l'équipe, au sein de chaque individu.

3.2.2. Résistances au changement

Leur cause est bien souvent la peur de l'inconnu, l'incertitude. Les règles organisationnelles sont parfois remises en cause, des compétences ou encore une part d'autonomie. De manière

¹⁹ Hogg 1987

générale, les individus préfèrent la stabilité. Une autre cause peut également venir d'un conflit entre les valeurs des individus et le changement envisagé. Finalement, la mauvaise information ou compréhension des objectifs et enjeux du changement peuvent générer des tensions et donc des résistances.

Les individus confrontés au changement peuvent être classés en trois catégories. Nous retrouvons tout d'abord les proactifs, accueillant d'un bon œil le changement. Ils représentent environ 10 % des individus. D'autres personnes sont plutôt passives, sont dans l'attente, sont à convaincre, ont besoin d'être rassurées. Ce sont les plus nombreux, environ 80 % de la population. Finalement, nous retrouvons les opposants, argumentant en vue de contrer le projet. Ils comptent, tout comme les proactifs, environ 10 % des individus.

Ces chiffres donnent le tournis et donnent surtout à réfléchir pour le cadre de santé. Dans son équipe, il va devoir travailler dur pour convaincre et faire adhérer les collaborateurs au changement. Il faudra convaincre les indécis, soit l'écrasante majorité, conforter les proactifs et gérer les résistances fortes des opposants. Mais quels types de résistance peuvent se manifester lors d'un changement ?

En parcourant la littérature, nous mettons en évidence différentes formes de résistances comme l'inertie, l'argumentation, la révolte ou encore le sabotage. On distingue par ailleurs les résistances collectives des résistances individuelles. Les résistances collectives peuvent être actives de par des revendications, des plaintes, des grèves. Le climat est alors très conflictuel. Mais celles-ci peuvent également être passives de par des freins dans le travail ou dans la circulation de l'information, la diffusion de rumeurs, les mutations ou démissions de groupe par exemple.

Les résistances individuelles, quant à elles, peuvent être actives. Nous citons alors des comportements d'insubordination, des critiques franches, des contestations régulières, des demandes de mutation ou de démission. Elles peuvent se manifester de manière passive également par des comportements de retrait, des oublis, s'en tenir stricto sensu aux consignes reçues, l'absentéisme, etc.

3.2.2.1. Facteurs de résistance au changement

Cinq facteurs de résistance semblent être présents lors d'un changement. Comme cité précédemment, des facteurs individuels sont possibles et liés au vécu de chacun ou aux représentations sociales préexistantes. Nous retrouvons également des facteurs liés à la nature du changement. Une certaine stabilité est mise à mal et les individus n'en comprennent pas

toujours l'utilité ou l'importance. La communication sera centrale dans ce type de résistance. Le cadre de santé devra insister sur les avantages du changement, ce qu'il va apporter de plus. Il devra également convaincre que le changement est acceptable car en accord avec les valeurs des individus. Sa faisabilité et sa simplicité devront être expliquées. Enfin, il s'agira de rassurer sur le facteur temporel en parlant de progression, de période d'essai, de transition. Un troisième facteur de résistance tient à la stratégie utilisée pour conduire le changement. Les discours surchargés, les luttes de pouvoir ainsi que la gestion autoritaire devront tant que possible être évités. L'agent du changement peut aussi être à l'origine des résistances. Il est préférable que cette personne ait un lien avec le terrain. Elle travaille pour un bénéfice collectif sans être trop impliquée émotionnellement, elle sait prendre des distances. Finalement, les résistances peuvent émaner de facteurs organisationnels ou de groupe. Le type de gouvernance, les liens ou valeurs d'un groupe peuvent devenir des avantages ou des inconvénients lors de l'implantation d'un changement. Nous reviendrons un peu plus tard sur la notion de valeur.

De manière générale, si le changement est imposé et le terrain peu consulté pour la mise en œuvre de solutions, alors les résistances seront d'autant plus importantes. Nous avons vu précédemment que les résistances étaient moins discutées lorsqu'elles étaient imposées. Cependant, elles ne sont pas gommées pour autant, au contraire. Ceci est d'autant plus vrai si le changement émane d'une décision interne en l'absence de contraintes externes. L'évaluation des risques et des possibles bénéfices sera déterminante dans l'adhésion et la participation au changement. L'acceptation du changement est un processus qui peut se révéler plus ou moins long ou complexe en fonction dudit changement et de l'individu. Le cadre de santé devra apprendre à désamorcer ces résistances, à les anticiper et même parfois à s'en servir ! L'intégration de ce changement passe malgré tout par quelques étapes-clés que sont : le refus de comprendre, la résistance, la décompensation, la résignation et finalement l'intégration.

Pour diminuer ces résistances, il est important de bien connaître les souhaits et besoins de chacun. Les individus ont besoin de se sentir écoutés, de percevoir que leur avis a de l'importance. Cette écoute permet notamment de mettre en évidence les leviers et oppositions. Les résistances sont par ailleurs inévitables et sont normales, le cadre peut s'en servir. Pensons par exemple à un effet régulateur d'un opposant dans un groupe de travail ou encore à l'effet motivant d'un proactif auprès d'un indécis. Quoi qu'il en soit, agir seul n'est pas une bonne solution pour le cadre de santé. L'équipe apporte son avis, son expertise, permet de mieux penser et finalement de mieux bâtir le changement.

L'accréditation risque bel et bien de générer des résistances sur le terrain. Nous ne pensons pas que des résistances spécifiques à l'accréditation existent. Tout type de résistance peut, à notre sens, être retrouvé dans cette démarche. Nous pensons sincèrement que c'est la manière dont nous conduirons ce changement qui sera ou non la clé de la réussite.

3.3. Conduites du changement

Corollairement à la typologie du changement basée sur l'intentionnalité et le rythme, nous retrouvons les conduites de changement qui y sont associées. Conduire le changement consiste à définir, mettre en place et conduire celui-ci. Notre attention se portera davantage sur les conduites à tenir lors des changements prescrits ou construits dans le cadre de notre problématique.

Dans le cadre d'un changement de crise, la conduite du changement la plus efficace, vu le peu de temps pour réagir, sera l'attitude directive. Un nombre restreint de personnes choisit une solution viable et rapide à mettre en œuvre. Le terrain n'est pas consulté. Cette attitude, parfois nécessaire, nous permet de douter de la viabilité sur le long terme des solutions mises en œuvre de cette manière. Celle-ci devra très probablement laisser sa place à un autre type de conduite du changement dans un second temps afin d'envisager une solution plus durable.

Lors d'un changement adaptatif, c'est plutôt une démarche d'éducation et de communication qu'il faudra entreprendre. Les acteurs de terrain ne peuvent ici être évités. Le changement émane toujours de la hiérarchie mais pour qu'il soit réussi, il s'agira d'impliquer le terrain notamment par l'information sur le changement, en expliquant ce qui est remis en cause et pourquoi. Cette attitude cherche l'adhésion des acteurs de terrain. La formation est également un outil central dans cette conduite de changement.

Le changement prescrit, quant à lui, nécessite une intervention à deux niveaux pour les cadres. Venant de contraintes externes, il sera nécessaire de bien comprendre les tenants et aboutissants de celui-ci afin de penser les différentes étapes de sa réalisation. Il faut pouvoir répondre à cette contrainte en respectant le délai. Il faut pouvoir s'adapter au regard des prescrits reçus. Parallèlement, il faudra également veiller à son acceptation sur le terrain. Des collaborateurs de terrain peuvent être consultés pour apporter des solutions pratiques mais les décisions restent globalement imposées de manière verticale. Les responsabilités peuvent être

partiellement déléguées à des « experts » ou à des petits groupes responsables d'un projet défini ou d'une partie du changement. Une certaine participation est envisagée mais elle reste toutefois limitée. La maîtrise du processus reste dans les mains de l'autorité.

Nous arrivons finalement au changement construit pour lequel la conduite à tenir réside dans la collaboration et la participation. L'information sur les raisons profondes du changement et l'implication de tous les acteurs de terrain à chaque étape sont indispensables pour intégrer le changement dans le quotidien et ceci durablement. Il s'agit de construire ensemble le changement, d'y adhérer en le construisant. Des outils comme le brainstorming, le métaplan sont utilisés pour faire émerger les idées lors de réunions, de groupes de travail. La participation du plus grand nombre sera requise dès l'identification du problème, de ses origines et ceci à chaque étape du changement souhaité. Cette conduite, paraissant à première vue idéale, doit être nuancée. Elle ne s'applique pas à toutes les situations, tout comme les trois autres conduites de changement. Mobilisant un grand nombre de participants, des difficultés de communication par exemple ou de jeu de pouvoir ou encore dans l'obtention d'un consensus peuvent être présentes et rendant donc la tâche plus ardue. A l'inverse, nous pouvons dire que le nombre permet un partage, une confrontation, une richesse, l'émergence d'idées nouvelles. Dans cette conduite, le rôle du cadre diffère, il doit mener son équipe tout en l'accompagnant dans une forme d'autonomie.

Pour éviter toute équivoque, nous revenons ici sur les notions de brainstorming et de métaplan citées plus haut. Ces deux outils utiles, notamment dans la boîte à outils d'une démarche participative, ne sont que deux exemples parmi tant d'autres.

Le brainstorming ou « remue-méninges » est une technique développée à la fin des années 1930 pour résoudre des problèmes de façon créative, en réalisant des associations d'idées. Un animateur dirige l'exercice et recolte des idées nombreuses et originales. La quantité prime ici sur la qualité. Quatre règles régissent cet exercice : l'absence de critique, laisser libre court à son imagination, rebondir sur les idées des autres et finalement obtenir le plus d'idées possibles sans en imposer. Une variante, appelée « brainwriting » existe et consiste à écrire le plus d'idées possible pour ensuite les partager.

Le métaplan appelé aussi « post-it meeting » permet également de rassembler les idées d'un groupe. A l'inverse du brainstorming, ici les idées s'expriment par écrit, le plus souvent sur

des post-it. Cette méthode permet de visualiser les complémentarités ou divergences d'opinion. Le nombre d'idées ou de post-it est généralement limité. Ces derniers sont ensuite collés sur un tableau afin de les catégoriser. Les participants sont amenés dans un second temps à échanger oralement au sujet de ce classement, des idées majeures ressorties, des idées originales, etc. Les principes de respect et de créativité sont également d'application dans cette méthode.

3.3.1. Facteurs d'échec et de réussite du changement

Globalement, nous pouvons retenir que la conduite de changement, peu importe son type, recherche trois objectifs. Ces trois objectifs seront plus ou moins travaillés en fonction du contexte. Le changement de crise doit ici être mis un peu à part et être vu comme le point de départ d'un changement à construire ou consolider par la suite. Nous retrouvons donc l'adhésion des acteurs du changement qui passe par la compréhension des attentes et des réticences, la concertation, la bonne communication, l'accompagnement ainsi que la formation. Deuxièmement, la transformation du groupe est recherchée à travers le constat de la situation de départ, la mise en place d'innovation ainsi que l'identification de solutions possibles. Finalement, nous arrivons à la volonté de faire évoluer l'entreprise.

Des facteurs d'échec sont également à relever comme une faible implication de la direction, une information et une formation limitées, une mauvaise communication collective ou encore des rythmes de réalisation du changement inadéquats, trop longs ou trop rapides.

A l'inverse, des facteurs de réussite sont à prendre en compte :

- Rendre le changement indispensable en communiquant au regard de la balance bénéfiques/risques.
- Obtenir l'approbation en accompagnant et en utilisant les leviers du changement.
- Mobiliser en travaillant avec les leaders, avec le plus grand nombre en fonction de la situation rencontrée ainsi qu'en pilotant. Utilisons les proactifs et faisons adhérer en mobilisant les plus réticents.
- L'objectif est communiqué, compris et partagé de tous.
- Encourager toute initiative et l'accompagner.
- Communiquer autour des résultats.

- Mesurer et mettre en avant les réussites et les acteurs de ces dernières. Petite ou grande, chaque victoire est à considérer et est source de motivation pour le terrain.
- Ne pas vouloir aller trop vite et ne pas s'éloigner de la stratégie retenue.
- Enfin, il s'agira de communiquer durant toute la durée du projet de manière claire et régulière et via différents canaux. La cohérence entre ce qui est dit et fait est bien évidemment recherchée.

3.3.2. Conclusion

Les quatre conduites de changement développées précédemment ne sont pas exclusives. Différentes conduites peuvent se succéder au sein d'un même changement en fonction des étapes de celui-ci. Parallèlement, Il est important pour le cadre de santé de retenir que la conduite d'un changement, quel qu'il soit, se centre sur trois actions relativement similaires à ce que l'on retrouve dans la démarche qualité développée précédemment : le diagnostic, le déploiement des leviers et finalement le pilotage.

Dans la dernière conduite de changement, celle qui nous intéresse principalement dans le cadre de l'accréditation, à savoir la collaboration et la participation, nous observons que de nouveaux comportements naissent de décisions partagées, d'une vision commune. La créativité est alors un outil primordial et une certaine liberté d'action est offerte aux acteurs pour obtenir majoritairement des décisions de meilleure qualité. Hormis la créativité, une certaine rigueur est nécessaire afin d'arriver aux objectifs poursuivis. En effet, une trop grande liberté peut amener les collaborateurs à dévier de la cible, à s'enliser. L'idée est donc de faire participer le plus grand nombre en s'efforçant de garder le cap. Ici, dans le cadre de l'accréditation, nous pouvons imaginer que les prescrits du référentiel balisent le terrain. On peut alors se demander à quelle place joue le cadre de santé ? Est-il simplement un exécutant du manuel des bonnes pratiques ? Même avec le poids fort de la « mode » accréditation et de ses référentiels cherchant semble-t-il à convertir de plus en plus d'hôpitaux, nous pensons que le cadre a un rôle déterminant et doit le garder. Il ne s'agit pas, à notre sens, d'obéir servilement aux prescrits mais de se les approprier, d'envisager leurs bénéfices tout en gardant un œil critique permettant de relayer les désaccords possibles ou pierres d'achoppement à la hiérarchie. Utilisons la métaphore du sport pour essayer de mieux cerner ce qu'on attend du cadre de santé sur le terrain. Toujours dans une position délicate et intermédiaire, il nous apparaît que le cadre de santé se trouve être à la fois le capitaine de l'équipe et le coach. En tant que coach ou entraîneur, le cadre de santé se doit de préparer ses

équipes et de les motiver. Il recherche la performance au travers de tactiques et de stratégies ici conformes au plan stratégique de l'entreprise ou encore ici aux prescrits du référentiel. La direction attend de lui, et donc de l'équipe, des résultats. D'autre part, il revêt une casquette de capitaine d'équipe car il joue la plupart du temps sur le terrain et adapte constamment la stratégie envisagée aux aléas du quotidien. Il représente les membres de l'équipe, les soutient, en est en quelque sorte le porte-parole.

Le cadre de santé a donc un rôle central et relativement lourd dans l'implantation d'un changement tel que l'accréditation. La direction comme les collaborateurs attendent beaucoup de lui. Hormis la bonne connaissance du référentiel, c'est avant tout ses qualités managériales qui seront décisives pour mener à bien cette démarche d'accréditation et la pérennisation de celle-ci.

L'implication de l'équipe par l'adhésion et la participation, quel ciment est utilisé afin de rendre ceci solide ? Qu'est-ce qui unit ? Qu'est-ce qui fédère, et ceci peu importe le niveau hiérarchique ?

4. Vision, sens et valeur

Ces termes récurrents dans le monde de l'entreprise peuvent paraître galvaudés. On nous parle de l'importance des valeurs, d'une vision claire et tant d'autres grandes expressions dont nous ne mesurons parfois pas l'importance. Il nous semble utile, dans le cadre de nos préoccupations, de revenir sur ces notions fondamentales lors de l'implantation d'un changement durable. Nous parlions de ciment dans le paragraphe précédent, nous pensons qu'une partie de ce ciment se retrouve dans cette thématique.

La vision est la direction vers laquelle on souhaite mener l'entreprise. Elle émane du plus haut niveau de la hiérarchie. Il s'agit de se projeter à moyen ou long terme, de souhaits globaux pour l'entreprise. Elle tend à être un défi mais n'est pas à rapprocher du rêve car sa visée reste opérationnelle. Des objectifs communs et mesurables sont en général définis. La vision est l'axe central autour duquel la stratégie ou plan stratégique de l'entreprise sont construits, elle donne du sens et challenge l'ensemble du personnel. Elle est avant tout une communication à tous des grandes aspirations de l'entreprise. Elle inspire les directions, cadres ainsi que les acteurs de terrain et est source de motivation. Elle n'est pas à confondre avec la mission de l'entreprise qui, quant à elle, parle de ce que fait l'entreprise, sa raison d'être, ses moteurs, ce qui la distingue des autres. La vision, au contraire, est une projection de ce qui est souhaité pour l'entreprise. Cette dernière est future et soumise à de possibles changements tandis que la mission s'attache au présent et revêt un caractère plus définitif. La mission devrait préexister à la vision. Autour de la mission et de la vision de l'entreprise gravite le concept de valeur.

Une valeur est primordiale pour un individu. C'est ce en quoi il croit fermement, ce pour quoi il est important de se battre selon lui, c'est un cadre de référence propre à l'individu qui n'est cependant pas immuable. Il s'agit, en quelque sorte, d'une éthique personnelle et/ou professionnelle. Ce sont les valeurs qui donnent sens aux pratiques des individus et qui dictent ou influencent les actions.

Les valeurs d'une entreprise reflètent et s'intègrent dans la vision de la direction. Elles doivent être en cohérence avec celle-ci. Les dirigeants se basent sur ces valeurs pour prendre des décisions d'ordre stratégique. Elles sont morales ou sociétales comme le respect de l'environnement, la solidarité, la loyauté par exemple. Elles peuvent également s'attacher à

des domaines relevant du marketing ou globalement à la stratégie. On retrouve alors des idées d'innovation, de flexibilité, d'une orientation patient ou client, de qualité, etc. En dehors du poids de ces valeurs, sorte de garde-fou pour les dirigeants qui doivent prendre des décisions, les valeurs impactent le personnel de terrain et les acteurs extérieurs à l'entreprise. Pensons à des partenariats impossibles à réaliser entre plusieurs entreprises aux valeurs opposées. Pensons également aux clients et dans le cadre de nos préoccupations aux patients qui ne voudraient pas se tourner vers une entreprise, qu'elle soit de soins ou non, aux valeurs qui ne leur correspondent pas. Les valeurs semblent donc être des éléments de partage, de rassemblement ou au contraire d'opposition. Parallèlement aux acteurs externes, nous retrouvons les valeurs du personnel. Pour une implication et une motivation des collaborateurs, les valeurs individuelles doivent être en adéquation avec les valeurs de l'entreprise, ou tout au moins ne pas être en opposition. L'entreprise est constituée d'une multitude d'individus et il est impossible d'être en parfaite harmonie avec les valeurs de chacun. Cependant, les valeurs doivent tant que possibles être partagées pour être source de motivation. Elles participent à la culture d'entreprise. Elles doivent être en nombre limité et compréhensibles par chacun. Il importe donc, de manière générale pour les dirigeants, d'être cohérent entre les valeurs affichées et les réalisations du quotidien pour que celles-ci restent porteuses de sens, pour garder toute crédibilité et donc pour l'adhésion des acteurs, qu'ils soient internes ou externes.

Le sens dans le travail est indispensable pour fonctionner correctement. Il permet à la personne de se réaliser, de se donner des buts, de percevoir son utilité. Fray et Picouveau, en 2010, affirment que « le sens du travail se trouve dans la relation que la personne établit entre ce qu'elle fait au travail et ce que cela lui permet d'exprimer à propos d'elle-même ». Il se trouve être principalement relié à l'activité quotidienne, aux valeurs de l'entreprise et enfin au travail d'équipe. A l'inverse, un manque de reconnaissance peut être source de perte de sens.

Les valeurs font donc partie de l'identité de l'individu ou de l'entreprise. Le sens permet d'exprimer une partie de cette identité mais doit avant tout être vu comme un besoin.

En conclusion, le cadre de santé, dans sa position d'intermédiaire, se doit de connaître la mission de l'entreprise, de s'inscrire dans la vision de sa direction et tant que possible partager les valeurs de l'entreprise. Ceci doit également être communiqué à ses collaborateurs afin d'obtenir leur adhésion, de fédérer, de donner du sens au travail quotidien et donc de

motiver. Par ailleurs, le même exercice peut être effectué par le cadre de santé dans le microcosme de son service. Quelle est la mission de celui-ci ? Quelle est la vision du cadre ou même de l'équipe ? Quelles sont les valeurs du service ? Un travail comme celui-ci, proche des réalités de terrain, et réalisé de manière collective apportera très certainement une plus-value dans la démarche qualité du service mais surtout apportera sens et motivation dans le travail pour les collaborateurs impliqués et reliés sous une bannière commune et partagée. Dans le cadre de l'accréditation, nous pensons que si les valeurs de l'institution se rapprochent des grands éléments de cette démarche alors nous obtenons un facteur de réussite supplémentaire et donc une source de motivation pour le projet. Pensons par exemple à la sécurité, la qualité, le patient au centre des préoccupations, etc. Les valeurs nous semblent potentiellement très utiles pour conduire un changement. De même, si le projet s'inscrit dans la vision de l'hôpital, une visée stratégique et opérationnelle sera, à notre sens, plus facilement mise en place. Ici, le rôle du cadre de santé nous semble avant tout centré sur le partage d'information et sur la communication. Le cadre sera appelé à démystifier l'accréditation, à la rapprocher du quotidien des équipes, en la présentant certes comme un changement mais un changement qui devrait être une continuité ou une complémentarité des buts de l'entreprise et donc du travail de chacun. Une évidence en quelque sorte...

5. Rôle du cadre de santé dans un changement de type accréditation

Comme cité précédemment, le cadre de santé se trouve dans une position délicate, intermédiaire, coincé entre les exigences de sa direction et les réalités et besoins de ses collaborateurs. Au milieu de ce bouleversement sociétal et hospitalier se trouve le cadre de santé, individu avec ses propres choix, envies, valeurs et opinions. Le changement est perturbant pour tous qu'il soit envisagé de manière positive ou non. En plus de gérer les préoccupations de son équipe ainsi que ses résistances éventuelles, le cadre de santé doit avant tout gérer les siennes. Il doit premièrement se retrouver dans ce projet d'accréditation, y trouver du sens, y croire pour transmettre l'envie et la motivation à son équipe. Même si le cadre de santé doit essayer de garder son autonomie et sa spécificité, nous ne pouvons nier qu'il a peu de pouvoir sur la décision d'entrer ou non dans un processus d'accréditation. La décision émane de la direction de l'établissement mais nous nous rendons surtout compte que cette dynamique devient nationale, européenne et même mondiale. Nous pensons que le cadre de santé ne peut faire l'autruche et se doit d'y préparer son équipe. Comme développé dans les chapitres précédents, l'accréditation peut être anticipée. Le cadre de santé aura donc tout intérêt à se tenir à jour de l'actualité, à s'informer et à mettre en place progressivement des changements qui vont dans le sens de l'accréditation, à prévoir, à faire évoluer les procédures et pratiques. Les exigences de cette dernière sont globalement universelles et semblent parfois tenir du bon sens, rien d'insurmontable en soi. Malgré tout, pour implanter durablement ce changement, il sera nécessaire d'obtenir l'adhésion de tous et la participation du plus grand nombre. Un travail en amont devra être effectué par le cadre de santé, à savoir la revue des référentiels concernant son activité et des pratiques incontournables, en fonction du référentiel de l'organisme choisi. On lui demandera par la suite de réaliser une autoévaluation de son service et d'en analyser les résultats. Cette évaluation est le point de départ de tout changement, qu'il soit nommé accréditation ou autrement. Il faut analyser le décalage qu'il y a entre la situation actuelle et la situation souhaitée, ou ici décrite dans le référentiel. Cette analyse aura d'autant plus d'impact si les collaborateurs y prennent part. C'est le rôle du cadre de fournir des explications, d'informer, d'analyser, de donner du sens et plus généralement de communiquer, et cela dans le but d'engager, d'impliquer. Ensuite, comme dans le PDCA, il sera nécessaire pour le cadre de santé de planifier les actions à entreprendre dans son service,

de prendre des décisions. Des objectifs seront définis ainsi que des indicateurs et un calendrier précis. Vient alors un rôle de coordination, désigner des responsables de projets, suivre l'avancée de ceux-ci sur le terrain ou lors de réunions spécifiquement dédiées à l'accréditation. Il sera également attendu dans la rédaction de procédures si cela s'avérait nécessaire. La communication sera centrale pour l'avancement du projet d'accréditation tout comme pour motiver les collaborateurs. Le cadre de santé devra tant que possible communiquer l'état d'avancement de cette démarche, les petites et grandes victoires tout comme les problèmes rencontrés en cours de route. Le processus d'accréditation demande donc beaucoup au cadre de santé à l'intérieur de son service mais cela ne s'arrête pas là. Pour favoriser la réussite collective de toute une organisation, le cadre de santé sera appelé à participer à des réunions concernant l'accréditation pour l'hôpital vu ici dans sa globalité, mêlant les métiers et les niveaux hiérarchiques. Il sera parfois appelé à donner son avis sur un domaine qui n'est pas le sien, à aider un service voisin. La communication devra être régulière et constructive avec l'équipe qualité en charge de l'implantation de l'accréditation au sein de l'hôpital, ou encore avec ses supérieurs. Une fois la démarche terminée et le précieux label obtenu, le cadre de santé se devra de pérenniser ce changement pour que l'accréditation se poursuive, voire même que l'hôpital s'améliore encore. La motivation de l'équipe sera entre ses mains tout au long de la démarche. Il doit fédérer, rassembler autour des valeurs partagées et institutionnelles, il doit déléguer, responsabiliser, épauler, féliciter, donner du sens, permettre un climat favorable à la liberté d'expression et favoriser la participation de tous. Le cadre de santé a donc beaucoup à faire en matière de management.

En résumé, nous retiendrons six fonctions pour le cadre de santé dans un processus de changement, et ici, plus spécifiquement, dans la démarche d'accréditation :

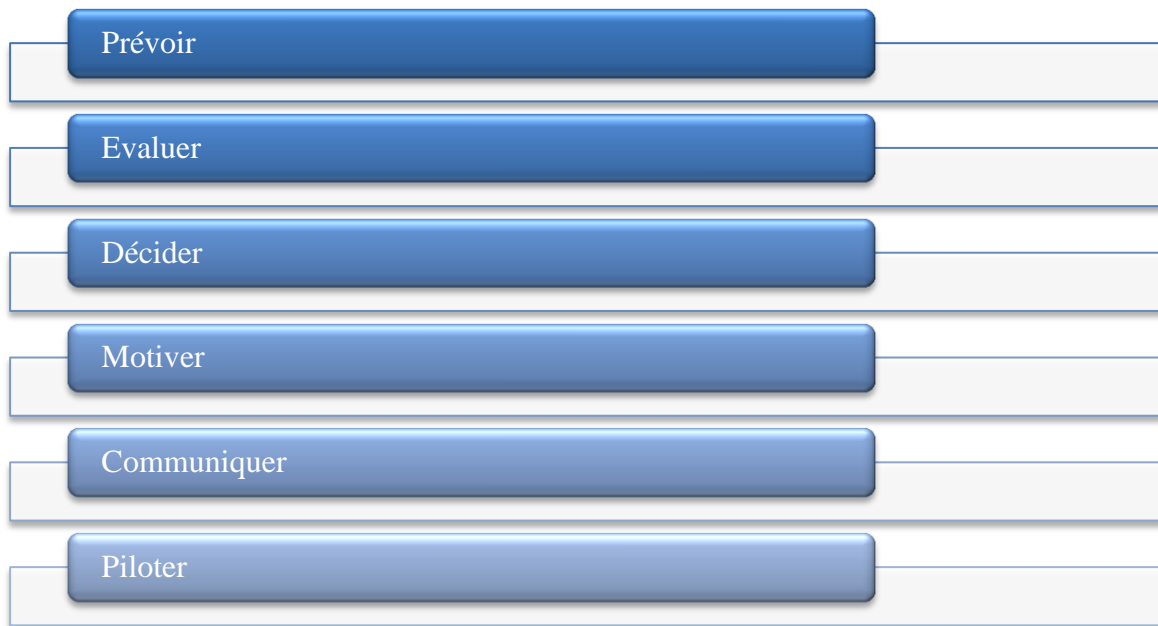


Illustration n°4 : Fonctions du cadre de santé dans le processus de changement

Enfin, nous pouvons dire que le cadre de santé est partout, tout le temps. Ses casquettes sont multiples et les responsabilités pèsent lourd sur ses épaules dans ce changement orienté qualité qui se construit ensemble. C'est à son niveau que l'opérationnalité s'exerce. Mais c'est bien informé, en communiquant régulièrement et judicieusement ainsi qu'en faisant participer toute son équipe, que le cadre de santé réussira le défi du changement appelé accréditation en continuant à affirmer son identité de cadre de santé, celle de son équipe et leur visée de soins aux personnes, sans devenir de simples exécutants.

CONCLUSIONS

La société ainsi que le soin se transforment. Le cadre de santé, tout comme le soignant, doivent maintenant intégrer à sa visée première de soin aux personnes une certaine dimension économique. Il semble certain que nous nous dirigeons vers une pratique du soin qui se mesure tant au niveau quantitatif que qualitatif. Le cadre est déjà actuellement face à des mesures de qualité, comme les enquêtes de satisfaction, des indicateurs définis par les autorités, une justification de l'activité dans le cadre du BMF et maintenant voilà l'accréditation qui frappe à nos portes. Encore facultative pour le moment, elle est une réalité qu'on ne peut nier dans le monde hospitalier. Le cadre de santé est, dans sa position d'intermédiaire, amené quotidiennement à jongler avec les exigences à la fois des collaborateurs, de sa hiérarchie et du cadre légal en pleine mouvance. Il est au cœur d'une tempête à la fois politique, économique et sociale. Le soin évolue, se libéralise en quelque sorte, et pas seulement dans notre pays. Le financement est une préoccupation centrale de nos jours. Le cadre de santé doit alors surtout s'adapter, changer son management parfois, suivre de près l'évolution du travail dans le secteur du soin tout en gardant le cap, à savoir soigner des êtres humains.

On lui parle de qualité, de faire plus avec peu ou moins. Difficile parfois pour lui de s'y retrouver. La qualité est finalement un état d'esprit, elle est partout et tout le temps. Nous cherchons toujours à nous améliorer avec, ici, le patient en ligne de mire. C'est finalement cette dynamique d'amélioration continue qui devrait venir s'implanter dans le quotidien des collaborateurs d'une institution de soins, et ceci peu importe leur fonction. Il y a là un vrai travail, un vrai changement à construire pour le cadre de santé et ceci sans passer pour autant par l'accréditation. C'est une démarche d'autonomie, de remise en question et de résolution de problèmes qu'il faut transmettre à chacun pour un mieux visé. Il s'agit pour nous en définitive du véritable changement à construire pour le cadre de santé, voilà le défi !

Perdu dans les tumultes du quotidien, bombardé d'informations diverses et de changements légaux, il n'est pas toujours facile de s'y retrouver. L'audit externe de l'accréditation offre alors une opportunité de se poser, de s'évaluer, de se remettre en question pour progresser. Cette démarche doit, à notre sens, être considérée comme un outil au service de l'amélioration continue mais pas comme une fin en soi.

Publicité ? Concurrence ? Progrès ? Challenge ? Chaque hôpital a probablement ses propres raisons de se lancer dans un processus d'accréditation. Il faut cependant se dire que cette

évaluation a des impacts. Evaluer pour uniformiser ? Oui et non. S'il s'agit de tirer vers le haut, nous sommes les premiers à saluer l'initiative. Malheureusement peu de preuves probantes d'un réel bénéfice sont mises en évidence pour le moment. Par ailleurs, l'accréditation ne risque-t-elle pas d'enfermer dans des carcans, de focaliser l'attention uniquement sur ce qui se trouve dans le référentiel ? Quelle place est laissée pour la créativité et l'innovation ? Le cadre de santé sera-t-il rebaptisé à l'avenir « agent de contrôle du référentiel » ? Tout changement effraie d'une certaine manière. Nous pensons heureusement que ceci est une vision trop sombre de la démarche d'accréditation. En effet, le contenu des référentiels est relativement universel et évident, peu importe l'organisme choisi. Le cadre aura pleinement son rôle à jouer sur tous les plans tout en gardant son autonomie. Son art s'exercera, de la résolution de problèmes à la mise en place de projets, dans le pilotage, dans la régulation, dans la motivation de son équipe et bien d'autres encore. Pour nous, il est un fait que le cadre devra dans son quotidien, qu'il le veuille ou non, utiliser un outil supplémentaire, à savoir les prescrits de l'accréditation mais ne perdra pas pour autant toute sa spécificité.

L'accréditation pourrait à l'inverse être vue comme les fondations indispensables à un avenir de tous les possibles. Trop idyllique, dira-t-on certainement. Mais il est possible d'envisager l'accréditation comme une base légitime dans la construction d'un mieux à bâtir ensemble. A titre d'exemple, est-il normal de constamment réaliser des campagnes sur l'hygiène des mains alors que les chiffres concernant les infections nosocomiales parlent d'eux-mêmes ? N'y a-t-il pas un seuil minimal que le patient peut espérer obtenir lorsqu'il confie sa santé à un hôpital ? On peut éventuellement parler de normes contraignantes, mais ne doivent-elles pas l'être lorsque l'on parle de sécurité ? Le soin ne doit certainement pas se résumer aux prescrits du référentiel. Ces derniers balisent ce qui est attendu au minimum mais laissent la porte ouverte à la créativité de chacun pour atteindre cet objectif et, espérons-le, pour le dépasser ou pour en créer d'autres. Encore une fois, nous pensons qu'il ne s'agit là que d'un outil.

La difficulté pour le cadre de santé, une fois le précieux label obtenu, sera de maintenir les acquis et d'implanter cette logique d'amélioration continue et de qualité de manière durable. Pour obtenir un résultat solide et pérenne, le cadre de santé devra consulter, faire participer et impliquer le plus grand nombre. Un changement solide se construit et s'ajuste ensemble. De chef, le cadre de santé se métamorphose alors en modérateur.

Revenons un instant à notre citation initiale, penser le changement ou changer le pansement ? La réponse à cette question nous paraît contextuelle. Effectivement, tant que possible, le

changement doit être anticipé, réfléchi, préparé et ce avec la participation du plus grand nombre pour un impact solide et durable. Une accréditation bien anticipée serait d'ailleurs un gage de réussite. Malheureusement, tout changement n'est pas forcément prévisible comme lors d'un changement de crise où nous devons alors du mieux possible changer le pansement et parfois avec les moyens du bord. Le cadre de santé doit avant tout être capable de rebondir face aux réalités de terrain. Ceci dit, une fois le pansement changé, et si le contexte le permet, rien ne nous interdit de revoir ce changement avec les collaborateurs sans le facteur de précipitation pour l'affiner et ainsi le rendre viable et robuste.

Changer pour un mieux ? Peut-être... Changer pour un autre ? Probablement... Au travers de notre réflexion dans le cadre de notre épreuve intégrée, nous pensons que le changement est aux portes du cadre de santé et passe partiellement par l'accréditation. Le soin, le quotidien des hôpitaux, changent peu à peu de visage, ici en Belgique ou ailleurs. Tout se transforme mais, espérons-le, rien ne se perd vraiment. Dans une démarche comme celle-ci, le cadre se doit d'être et de rester manager de l'humain, de la qualité et du changement ! Il est nécessaire pour lui, avant tout, de préparer et d'informer le personnel pour que la mission « accréditation » ne paraisse pas insurmontable. En stratège, il devra guider finement son équipe dans ce changement à construire ensemble avec le patient au centre des préoccupations. En démineur, il affrontera les résistances des uns et des autres, les désamorçant, les anticipant ou les utilisant parfois. Il cherchera tant que possible à fédérer autour de valeurs socles partagées, sources de motivation et de sens. Le cadre de santé est, selon nous, l'acteur de première ligne de la conduite du changement appelé accréditation.

ANNEXE1

Entretien avec Guy Clynckemaillie, coordinateur qualité au CHwapi

Le jeudi 03 mai 2018, j'ai eu l'occasion d'échanger avec Guy Clynckemaillie autour de l'accréditation. Le CHwapi est entré, depuis quelques mois maintenant, de plein fouet dans cette démarche avec Accréditation Canada. Voici donc, ci-dessous, le compte-rendu de cette brève rencontre riche en contenu.

THEME : ACCREDITATION ET QUALITE

La qualité, c'est l'amélioration continue, c'est la démarche du PDCA, c'est se poser de bonnes questions.

L'accréditation doit être vue comme un outil de l'amélioration continue, un outil qui aide à se poser les bonnes questions. En principe, tout le monde cherche à travailler le mieux possible et à en tirer une certaine satisfaction. Mais comment faire mieux ? Il existe déjà tout un tas d'indicateurs comme les chutes, etc. Le plan SPF 2007 met en avant les événements indésirables, l'identitovigilance, l'hygiène des mains, etc. Tout ceci nous permet actuellement d'avoir un tableau de bord d'un service. L'accréditation est alors un outil supplémentaire pour faire mieux de par les référentiels conçus sur base de bonnes pratiques validées de manière internationale, sur base de l'Evidence Based Medicine ainsi que sur l'Evidence Based Nursing. Il s'agit pour la première fois d'utiliser un instrument permettant de se mesurer. De savoir où nous en sommes par rapport à ces bonnes pratiques internationales.

THEME : A FORCE DE NORMES ET DE BALISES, N'Y A-T-IL PAS UN FREIN A LA CREATIVITE ?

D'une certaine manière on peut penser que oui de par son aspect normatif. Cependant, des organismes d'accréditation comme Accréditation Canada et la Haute Autorité de la Santé attendent des résultats mais ne donnent que peu de pistes pour y arriver. La créativité est donc attendue pour atteindre les objectifs.

L'éthique est également omniprésente dans les référentiels d'accréditation.

THEME : POURQUOI CHOISIR ACCREDITATION CANADA ?

Accréditation Canada a été choisi d'une part pour la langue utilisée, le français. La Joint Commission International est un référentiel très précis et très carré mais en anglais et les visites se font en anglais. En faisant appel à un traducteur, nous obtenons une traduction approximative, la finesse des termes n'est parfois pas transmise, il y a une perte d'informations. Accréditation Canada est par ailleurs reconnu internationalement et la plupart des hôpitaux wallons travaillent avec cet organisme. En Flandre, nous retrouvons la JCI et Accréditation Canada en collaboration avec la NIAZ (organisme accréditeur hollandais).

THEME : QU'ATTEND-ON D'UN CADRE DE PROXIMITE DANS LA DEMARCHE D'ACCREDITATION ?

Il doit être un moteur, il doit donner l'envie de prendre part à cette démarche. Il doit avoir un comportement positif par rapport au projet d'accréditation. Il doit montrer en quoi l'accréditation peut faciliter la vie de tous les jours dans le service même si au début cela peut être vu comme une charge de travail supplémentaire. Il doit replacer le patient au cœur des préoccupations. L'accréditation aide à l'amélioration continue de la prise en charge du patient.

THEME : COMMENT RENDRE CE CHANGEMENT PERENNE ?

Il s'agit d'une vraie préoccupation. La Haute Autorité de la Santé a choisi de demander, dans cette optique, aux hôpitaux de rendre un rapport tous les ans afin de rapprocher les contrôles.

L'infirmier chef d'unité doit continuer, une fois l'accréditation obtenue, à pointer ce qui ne va pas et à montrer où on est bons. Le niveau or du référentiel d'accréditation est relativement basique, est en fait ce qu'un patient devrait exiger au minimum. L'infirmier chef d'unité doit s'arrêter avec son équipe et y réfléchir. N'est-ce pas normal d'exiger et de maintenir un niveau comme celui-ci ? Malheureusement, les gens ne se posent pas toujours les bonnes questions. L'accréditation est en cela un outil. Et pour revenir à un thème précédent, une bonne réflexion permanente centrée sur le patient n'enferme pas dans des carcans, au contraire.

THEME : QUEL AVENIR POUR L'ACCREDITATION DANS LA POLITIQUE DES SOINS DE SANTE ? NE RISQUE-T-ELLE PAS DE DEVENIR OBLIGATOIRE ? DE SUPPLANTER L'AGREMENT ?

A l'avenir, l'accréditation risque d'être obligatoire. Déjà pour le P4Q, si un hôpital est accrédité ou en démarche d'accréditation, il obtient des points supplémentaires. On peut également penser à une uniformisation de tous les hôpitaux. Les gens n'ont plus peur de bouger pour avoir les soins voulus. La démarche qualité est ici d'autant plus utile si elle est centrée sur le patient. Le patient va continuer à prendre de plus en plus de place, de pouvoir. Il est acteur de sa propre santé.

Je pose alors la question du pouvoir économique du patient et de la concurrence.

Effectivement. La concurrence est là. Un jour nous serons peut-être confrontés au même système de comparaison que les Français avec « Le Point ». Si un hôpital n'a plus de patients alors il n'y a plus de travail. La gestion d'un hôpital doit maintenant être vue comme celle d'une entreprise classique.

BIBLIOGRAPHIE

➤ Livres consultés :

Aubert, Gruère, Jabes, Laroche, Michel, *Management, aspects humains et organisationnels*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994, 656p.

➤ Livres consultés via Google books :

<https://books.google.be/books?id=o-AsVn-T2hkC&pg=PT198&lpg=PT198&dq=productivit%C3%A9+management+par+objectifs&source=bl&ots=ixx-NqNOZ1&sig=r5setk5kZ5UMcR6DvXR9jVuf5Sw&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjT3vuH9a7MAhVIJ8AKHe3bCzsQ6AEIODAD#v=onepage&q&f=false> pages 207 à 210 (consulté le 27/04/2016)

➤ Notes de cours consultées :

P. Vantomme, *Politique & Economie du système de santé*, IEPSCF Tournai, année scolaire 2015-2016

D. Coemelck, *Organisation des institutions de soins*, IEPSCF Tournai, année scolaire 2015-2016

D. Coemelck, *Analyse comptable, financière et budgétaire d'une structure de soins*, IEPSCF Tournai, année scolaire 2015-2016

A. Mattens, *Principes de gestion de l'information et de changements*, IEPSCF Tournai, année scolaire 2015-2016

J. Delaunoy, *Coordination de soins*, IEPSCF Tournai, année scolaire 2016-2017

J. Delaunoy, *Qualité*, IEPSCF Tournai, année scolaire 2016-2017

➤ **Formations suivies :**

“ Introduction à Qmentum International ” par Accréditation Canada, CHwapi, 02 février 2018

“ L’amélioration continue, c’est quoi? ” par l’équipe COACH du CHwapi, 17 avril 2018

“ Générer des idées ” par l’équipe COACH du CHwapi, 26 avril 2018

➤ **Entretien réalisé :**

Entretien avec Guy Clynckemaillie, coordinateur qualité au CHwapi, le 03 mai 2018

(Compte-rendu en annexe 1)

➤ **Sites internet consultés :**

<http://lepii.upmf-grenoble.fr/IMG/pdf/cahier23.pdf> (consulté le 20/04/2016)

https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjIwqKiranMAhXFDMAKHT7kA5wQFghNMAc&url=https%3A%2F%2Fwww.uclouvain.be%2Fcps%2Fucl%2Fdoc%2Febim%2Fdocuments%2FR._Gueibe.doc&usg=AFQjCNFJy-hSos7XD-jbuduqYeEsiy0xKg (consulté le 25/04/2016)

<http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@legalmanagement/documents/ie2form/19061950.pdf> (consulté le 25/04/2016)

https://www.belfius.be/common/FR/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/MAHA%202016%20versie%20voor%20de%20pers.pdf (consulté le 24/02/2017)

<http://www.entreprises.gouv.fr/politique-et-enjeux/qualite/notions-cles> (consulté le 24/02/2017)

<https://www.unisoc.be/articles/fr/public/emploi-du-secteur-de-la-sant-et-de-laction-sociale-en-nette-augmentation> (consulté le 14/03/17)

http://www.lepoint.fr/palmares-hopitaux/special-hopitaux-la-methodologie-du-palmares-du-point-30-08-2016-2064610_41.php (consulté le 15/03/2017)

<https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2016-2-page-107.htm> (consulté le 20/03/17)

http://www.lavenir.net/cnt/dmf20140306_00444393 (consulté le 30/03/17)

<http://www.coopami.org/fr/countries/countries/Peru/projects/2014/pdf/2014112407.pdf>
(consulté le 30/03/17)

https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis:2793/datastream/PDF_01/view
(consulté le 02/04/2017)

https://www.mc.be/binaries/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm377-130594.pdf
(consulté le 04/04/2017)

<http://www.lecho.be/economie-politique/belgique-federal/Le-One-day-clinic-pour-soulager-l-assurance-maladie/9878759?ckc=1&ts=1491300881> (consulté le 04/04/2017)

<https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=8632-7768-3831> (consulté le 12/03/2018)

http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Themes/management/note_1_conduite_changement.pdf (consulté le 14/03/2018)

<http://qualite-en-recherche.cnrs.fr/spip.php?article5> (consulté le 23/03/2018)

<http://medias.dunod.com/document/9782100595211/Feuilletage.pdf> (consulté le 20/03/2018)

http://bricks.univ-lille1.fr/M14/cours/co/chap2_01.html (consulté le 23/03/2018)

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/normes-0> (consulté le 25/03/2018)

<http://dea128fc.free.fr/CoursA/A2-ManagementChangement&TIC/expo/pascal/planifier%20le%20changement.pdf> (consulté le 05/04/2018)

https://www.mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf

(consulté le 18/04/2018)

<http://www.hudarf.be/fr/news/20130301-rcm-osiris.asp> (consulté le 18/04/2017)

<https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/article/le-terme-de-resistance-au-changement-designe> (consulté le 24/04/2018)

<http://systemic.ch/NewArticles/article008.htm> (consulté le 01/05/2018)

<http://www.strategiemarketingpme.com/strategies/la-vision-dentreprise-le-point-de-depart-dune-success-story-definition-recette-et-quelques-exemples/> (consulté le 01/05/2018)

<https://www.l-expert-comptable.com/a/532220-les-valeurs-au-sein-d-une-entreprise-un-levier-de-performances.html> (consulté le 01/05/2018)

<http://bbest.be/fr/content/le-modele-dexcellence-efqm-2013> (consulté le 09/05/2018)

ABSTRACT

L'accréditation frappe à la porte du quotidien des établissements de soins belges, européens et même mondiaux. Des chiffres et normes émergent pour garantir un niveau de qualité ou pour se conformer et s'éloigner de l'humain ? Le cadre de santé fait face à un véritable défi avec ce changement nommé accréditation qui devra principalement vu comme un outil au service de la qualité et qui nécessitera l'implication de toute son équipe. Nous tenterons lors de cette épreuve intégrée de mieux appréhender le phénomène de l'accréditation et du rôle à jouer pour le cadre de santé. à travers le regard critique de celui-ci tout en tenant à l'œil le contexte historique, économique, politique et géographique de la Santé.

MOTS-CLES

CADRE – ACCREDITATION – QUALITE – CHANGEMENT – ANTICIPATION –
POLITIQUE – ECONOMIE