

INSTITUT D'ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE

DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE

Rue Saint Brice, 53

7500 TOURNAI

Enseignement Supérieur Paramédical

Cadres en Soins de Santé

**COMPRENDRE L'ACCREDITATION DANS
LA NOUVELLE POLITIQUE DE LA
QUALITE DE L'HÔPITAL
Le rôle du cadre de santé**

Présenté par Berghe Nicolas

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

2015-2016

INSTITUT D'ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE

DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE

Rue Saint Brice, 53

7500 TOURNAI

Enseignement Supérieur Paramédical

Cadres en Soins de Santé

**COMPRENDRE L'ACCREDITATION DANS
LA NOUVELLE POLITIQUE DE LA
QUALITE DE L'HÔPITAL
Le rôle du cadre de santé**

Présenté par Berghe Nicolas

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

2015-2016

Remerciements :

Je tiens d'abord à remercier les professionnels de l'école et des hôpitaux d'avoir pris le temps de me permettre d'apprendre, puis de me lire, de me corriger et de m'aiguiller tout au long de ce travail. Ces regards multiples issus de l'enseignement de la méthodologie de recherche, du management des soins, de la cellule qualité, du terrain et d'autres milieux professionnels m'auront tous aidé à avancer, chacun à sa façon. Merci à eux de m'avoir apporté leurs différents regards.

Je tiens ensuite à remercier le soutien et la patience de mes proches face aux divers moments d'indisponibilité traversés depuis la reprise des études en septembre 2012.

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

A crédit ! Pardon ? Voilà de quoi déchanter sur ce que nombre pense être le chantier du siècle. Alors, à la Malraux, *mon hôpital sera accrédité ou ne sera plus*, telle serait la postmoderne question. N'auriez-vous pas compris ?

Option : quantitatif.

Le crédit est la page de droite (tiens !) du livre de comptes. De fait, si j'ai crédit, alors banco ! Mais qui sera le débiteur ? Qui sera alors le créancier de cette accréditation ?

Option : qualitatif.

Accréditer, c'est faire reconnaître ou, encore, autrement dit, faire savoir pour faire valoir. Dire, écrire, montrer, démontrer sans démonter que cela a de la valeur ou que cela est de valeur. J'hésite un peu, surtout sur le « cela ». Mais accréditer, le verbe, de quel auxiliaire se pare-t-il ? Est-il verbe pronominal ? J'hésite encore un peu. Avoir l'accréditation, être accrédité ou s'être accrédité, ai-je le choix ?

Option : politique.

Le terme fait encore peur. Pourtant, le cadre est tout à son affaire, il s'affaire car il y a fort à faire (reconnaître), à faire reconnaître « cela ». L'accréditation est un acte politique, que dis-je, une œuvre politique à ne pas manquer, une opportunité de gouverner « cela ». Quelle idée toute politique et la question s'exprime : « *où va-t-on, chef ?* » à moins que « comment allons-nous ? ». Et le « cela » s'incarne et délibérément devient : « ceux-là » !

Décision.

Accréditons ensemble (parole de *chef*) Si j'ai crédit, c'est que ceux-là me prêtent confiance pour que je leur prête confiance (derechef, parole de *chef*) et alors ... Banco ! Comprenez-vous ? A vous, *chefs*, de vous accréditer ! De mémoire, l'accréditation, c'est comme l'Epreuve Intégrée, c'est une épreuve intégrée. Est-ce le résultat ou le processus qui vaut créance ?

Que vaut la destination sans le voyage et ses voyageurs ?

Bonne lecture en compagnie de Nicolas, un *Pegasus*.

PATRICK

Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : LE SUJET : LA PROBLEMATIQUE ET SON CHAMP	3
1. Introduction	3
2. Notion de « politique de la qualité »	3
3. « Comprendre » : définition	6
4. Pourquoi comprendre	7
5. Des représentations à la compréhension	8
6. De la compréhension à l'adhésion	10
7. Conclusion	10
CHAPITRE II : CONCEPT DE QUALITE AVANT LE XX^{ème} SIECLE	12
1. Introduction	12
2. La qualité avant notre ère	12
3. La qualité au moyen-âge	14
4. La qualité à la renaissance	15
5. La qualité au XVII ^{ème} siècle	16
6. La qualité au XVIII ^{ème} siècle	17
7. La qualité au XIX ^{ème} siècle	17
8. Conclusion	18
CHAPITRE III : CONCEPT DE QUALITE DEPUIS LE XX^{ème} SIECLE	19
1. Introduction	19
2. De W.A Shewhart à W. E Deming	19
2.1 Introduction	19
2.2 Garder le cap	21
2.3 Adopter une nouvelle philosophie	22
2.5 Faire disparaître la crainte	23
2.6 Faire tomber les barrières entre les services	23
2.7 Supprimer les obstacles à la fierté du travail	23

2.8	Etablir un système de formation	24
2.9	Encourager l'amélioration de chacun.....	24
2.10	Favoriser le leadership	24
2.11	Réduire les contrôles	24
2.12	Agir pour accomplir la transformation	25
2.13	Ne pas acheter à bas prix.....	26
2.14	Eviter les slogans dans le management	26
2.15	Eliminer les quotas de production, les objectifs chiffrés.....	27
2.16	Conclusion	27
3.	Les travaux de Philip Crosby : la qualité « zéro défaut »	28
3.1	Introduction	28
3.2	Le premier niveau, appelé « l'incertitude » :	28
3.3	Le deuxième niveau, appelé « réveil » :	29
3.4	Le troisième niveau, appelé « vision claire »	29
3.5	Le quatrième niveau, appelé « sagesse »	29
3.6	Le cinquième niveau, appelé « certitude »	29
3.7	Conclusion.....	29
4.	Méthodes d'amélioration continue de la qualité	30
4.1	Introduction	30
4.2	La certification ISO	30
4.3	L'EFQM	31
4.4	Conclusion.....	31
5.	Conclusion.....	31
CHAPITRE IV : CONCEPT D'ACCREDITATION		34
1.	Introduction	34
2.	Accréditation, problème sémantique.....	34
2.1	Introduction.....	34
2.2	L'agrément	34

2.3 Le label qualité.....	35
2.4 La certification.....	35
2.5 L'accréditation.....	36
2.6 Conclusion.....	38
3. Définition de la qualité dans les institutions de soins par l'OMS	38
3.1 Introduction	38
3.2 Garantir à chaque patient	38
3.3 La rationalisation du meilleur résultat au meilleur coût	39
3.4 Au moindre risque iatrogène.....	39
3.5 Grande satisfaction, en termes de procédures et de contacts humains	39
3.6 Conclusion.....	40
4. Approche historique du concept d'accréditation	40
4.1 Introduction.....	40
4.2 Naissance de l'accréditation aux Etats-Unis.....	40
4.3 Extension de l'accréditation au Canada.....	42
4.4 Extension en Australie et en Nouvelle-Zélande	42
4.4 Extension en Europe	43
4.4.1 En Espagne	43
4.4.2 Au Royaume-Uni	43
4.4.3 En France	43
4.4.4 Aux Pays-Bas	44
4.4.5 En Belgique	45
5. Conclusions	46
CHAPITRE IV : COMPRENDRE LE RÔLE DU CADRE DE SANTE	48
1. Introduction.....	48
2. La question de l'engagement.....	48
3. L'exercice du pouvoir.....	52
4. La question du mandat	56

5. Conclusion.....58

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES..... 60

1. Introduction.....60

2. Epreuve intégrée ou EI, et ce que nous en avons compris, mise en liens60

3. Perspectives conceptuelles et opérationnelles61

4. Perspectives personnelles63

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

En ce qui concerne la qualité de l'activité soignante, nous observons une congruence entre notre projet personnel à devenir cadre de santé et le cadre professionnel légal lié à l'exercice de cette fonction. Nous nous sentons, en effet, motivés par la promotion de la qualité des soins au sein de notre unité, et l'une de nos missions est de faire reconnaître la présence de cette valeur chez les soignants de l'équipe. Nous en sommes, parallèlement, responsables légalement, compte tenu qu'il est de notre devoir d'assurer la continuité et la qualité des soins assurés par notre équipe¹.

Les concepts de qualité et de quantité sont parfois opposables, mais ne représentent-ils pas deux façons différentes de comprendre ? Nous ne pouvons, en effet aujourd'hui, plus parler de qualité sans mesure. Alors, comment savoir si les soins délivrés par nos équipes peuvent être dits « de qualité » ? Quels aspects de la qualité sont mesurés, évalués, pour répondre à cette question ? La qualité des soins peut-elle faire l'objet d'une référence à la norme ?

L'accréditation peut être vécue comme une normalisation, forcément réductrice et contraignante, à respecter à tout prix. Elle peut être aussi un support de créativité pour continuer à donner du sens, mais surtout de la valeur, à la pratique de l'art infirmier. Le concept de qualité des soins suppose une analyse interne constante, mais ne suppose-t-il pas aussi une confrontation à une norme externe qui rend légitime les pratiques infirmières, et par là même occasion, l'identité de cette profession au sein des institutions ?

L'objectif de notre recherche sera d'essayer de comprendre l'accréditation et ses enjeux dans la politique qualité de l'hôpital. Chercher, pour avoir un positionnement éclairé sur le rôle du cadre de santé dans la conduite d'une démarche d'amélioration de la qualité telle que l'accréditation dans son équipe, au sein de son organisation. Comment peut-il se situer, se faire comprendre, entre l'aspect contraignant des normes et sa véritable quête d'une meilleure qualité des soins ?

Pour y parvenir, nous allons tenter de retracer l'évolution du concept de qualité, d'une manière générale, à travers le temps. Ensuite, nous chercherons à cerner ce qu'est l'accréditation des hôpitaux en étudiant son évolution depuis son arrivée aux Etats-Unis au début du XX^{ème} siècle.

¹ AR du 13/04/2006 publié le 28/08/2006 relatif à la fonction d'infirmier en chef. Chapitre 3, point 4.

La méthode de recherche que nous avons choisie pour mener à bien ce travail est une méthode historique. Cette méthode nous permet d'élargir le débat autour des notions de qualité et d'accréditation en élargissant le champ de nos recherches, au-delà du secteur de la santé et de ce que nous connaissons aujourd'hui. Nous avons procédé en effectuant une analyse de contenu des ouvrages, revues, mémoires, et autres publications qui traitent du sujet. Nous avons tenté de situer le contexte historique en présence à chaque pas, et de prendre le recul nécessaire sur notre propre analyse.

Dans une temporalité différente, nous avons axé nos recherches sur la notion de « politique de la qualité » et sur la signification du verbe « comprendre » pour faire lien entre, le rôle du cadre de santé, notre problématique de recherche, et, ce que nous aurons appris de la qualité et de l'accréditation plus spécifiquement, notre champ d'étude, notre futur chantier professionnel.

1. Introduction

A l'amorce de notre cheminement dans cette recherche, il nous semble important de nous recentrer sur la notion de « politique de la qualité » et sur la signification du verbe « comprendre », deux termes clés, employés dans le titre de notre travail. Ce crochet nous permettra d'abord de préciser le cadre de notre étude, puis, nous l'espérons, de venir nourrir la réflexion, la discussion tout au long de notre processus de recherche. Au moment d'entamer cette recherche, nous sommes sensibilisés à la notion d'accréditation par les différents cours que nous suivons et par la proximité de la France où l'accréditation est obligatoire pour les établissements de santé depuis 1996. Ainsi, l'accréditation nous semble être un sujet d'actualité dans la formation et la fonction de cadre de santé. Responsable d'équipe faisant fonction en cours de formation, nous remarquons combien il est difficile d'évaluer la qualité des soins autant d'ailleurs que de simplement la rendre visible. Accréditer consiste à « *rendre quelque chose croyable, vraisemblable ou reconnaître officiellement comme vrai en parlant de quelqu'un, d'un organisme* »². L'accréditation, en tant que nouvelle politique de la qualité de l'hôpital, nous permettra-t-elle alors de faciliter l'évaluation puis la valorisation, par la reconnaissance, de la qualité des soins ? Mais alors, comment pourrions-nous nous faire comprendre, être crédible auprès de nos équipes, les conduire dans un projet d'accréditation, sans comprendre nous-mêmes ce dont il s'agit ni même quel crédit nous y accordons aujourd'hui ? N'y a-t-il pas, là, quelques enjeux à saisir pour le cadre de santé ? Celui d'abord de pouvoir faire sens entre accréditation et qualité des soins. Ensuite, peut-être, d'être lui-même accrédité dans la façon dont il s'inscrit, et va inscrire, son équipe dans cette démarche d'accréditation ?

2. Notion de « politique de la qualité »

La notion de « politique de la qualité » est définie par la norme ISO 9001³, bien connue dans le secteur de la qualité, comme les orientations générales d'un organisme relatives à la qualité telles qu'elles sont formulées par la direction. La politique qualité, c'est : « *le premier document du système de management de la qualité d'une entreprise ou d'un organisme. Elle permet de cadrer la démarche qualité et de communiquer ses*

² www.larousse.fr

³ ISO: International Organization for Standardization. Organisation Internationale de Normalisation.

fondements »⁴.L'accréditation fait donc partie de cette notion de politique de la qualité de l'hôpital dans la mesure où elle représente un objectif stratégique de l'entreprise « hôpital » qui décide de s'inscrire dans une démarche d'accréditation en matière de qualité. Notre problématique de recherche, qui met en questionnement le rôle du cadre en lien avec l'accréditation, est politique également. Nous allons voir en quoi en définissant ce qu'est la politique:

Le mot « politique », que nous connaissons tous, englobe plusieurs dimensions qu'il convient d'expliquer pour clarifier notre propos. Tout d'abord, la racine du mot politique : « polis », est tirée du grec ancien servait à définir la notion de cité, de Cité-Etat. Cet usage définissait aussi bien la notion de territoire que le mode d'organisation de la cité. La politique est un concept transversal qui représente aussi bien la société, la famille, soi. La politique traverse donc aussi les différents niveaux d'organisations humaines dans le milieu professionnel en passant par la société, l'entreprise, l'équipe de travail. Être cadre de santé, responsable d'équipe, c'est donc aussi avoir un rôle politique. Pour résumer cela, la problématique politique englobe toutes les questions qui gravitent autour de la problématique du « comment vivre ensemble ». Le concept de politique ne se réduit donc pas à la notion d'Etat et n'est pas que l'affaire de l'Etat.

Le premier niveau politique est défini par l'origine grecque « politikos » et représente le niveau macrosociologique de la politique. Il définit une forme de civilité voire de civilisation. Ce niveau se situe au-delà de l'organisation d'un hôpital ou d'une entreprise quelconque. Il se situe au niveau sociétal à l'échelle d'un pays ou à l'échelle internationale et définit la façon dont les hommes s'organisent pour vivre ensemble de la façon la plus harmonieuse possible. Ce niveau, qui se situe au delà de notre sujet d'étude, n'est cependant pas indépendant de l'hôpital puisque ce dernier remplit un mandat sociétal en termes de santé publique, d'accès à la santé, de droit à des soins de qualité, et nous savons combien il est difficile de concilier les exigences sociales aux contraintes économiques en matière de santé. Nous verrons que ce niveau n'est pas non plus toujours indépendant de la thématique de l'accréditation, mais là n'est pas le sujet de notre recherche.

Le second niveau politique est défini par l'origine grecque « politea » et représente le niveau mésosociologique de la politique. Il définit la structure de fonctionnement d'un groupe. Le concept de « politique qualité », défini par l'ISO 9001, comme l'accréditation de l'hôpital, se situent à ce niveau. En effet, l'accréditation concerne l'ensemble de l'organisation et s'applique à toutes les parties de l'entreprise. Ce n'est pas le cadre de

⁴ www.certification-iso-9001.fr

santé qui décide d'engager ou non son équipe dans une démarche d'accréditation, il s'agit d'un choix stratégique de la direction et du conseil d'administration de l'entreprise en matière de gestion et de développement de la qualité. Nous pouvons donc affirmer que notre sujet est politique, « politea » ; en tout cas dans son champ.

Le troisième niveau politique est défini par l'origine grecque « politike » et représente le niveau microsociologique de la politique. Il définit l'exercice du pouvoir, l'art de gouverner. A l'échelle d'une unité de soins, il s'agit bien du rôle politique du cadre de santé. Gouverner, c'est en effet : « *exercer le pouvoir exécutif* », c'est « *avoir la conduite, la gestion de quelque chose* »⁵. C'est à ce niveau que se place notre problématique de recherche. Nous avons vu plus haut que l'hôpital remplit un mandat sociétal. Le cadre de santé, lui, remplit un mandat pour l'hôpital. Si nous tentions de définir ce mandat le plus simplement possible, nous pourrions dire que son mandat est d'avoir la responsabilité de la gestion de son unité de soins, de la conduite de son équipe. La question du comment conduire son équipe dans un projet d'accréditation fait pleinement partie de ce mandat et constitue la problématique de notre épreuve intégrée. Nous verrons un peu plus tard que Platon, dans « *La république* »⁶, nous apprend beaucoup autour de cette question qu'est « l'art de gouverner ».

Ainsi, dans le sujet de notre épreuve intégrée, ce qui relie notre problématique et son champ, est politique. Notre problématique de recherche, le rôle du cadre, est politique au sens microsociologique du terme. Notre champ d'étude, l'accréditation, est politique également au sens mésosociologique du terme dans la mesure où l'accréditation est une méthode de certification de la qualité qui s'inscrit dans la stratégie d'entreprise en matière de gestion de la qualité. Le champ macrosociologique dépasse le cadre de notre sujet mais nous n'oublierons pas qu'il est attaché à cet ensemble puisque ce sont les financeurs de la santé, l'Etat, les citoyens, dont les bénéficiaires de soins, qui mandatent l'hôpital ; qui mandate à son tour le cadre de santé.

⁵ www.larousse.fr

⁶ Platon, « *La république* », Flammarion, Paris, 1966, 801p.

3. « Comprendre » : définition

L'étymologie du verbe « comprendre », d'origine latine, associe le mot « cum » qui signifie « avec » et le mot « prehendere » qui signifie « prendre », « saisir ». La racine est la même que celle du verbe appréhender et sa polysémie qui peut signifier : « *saisir quelque chose par la pensée* » autant que « *craindre la réalisation d'une éventualité fâcheuse* »⁷. Cette différence de sens possibles exprime plutôt bien notre position, ambivalente au début de la recherche, face à l'accréditation, entre valorisation possible de la qualité des soins et soumission à la contrainte des normes, du référentiel choisi par la direction.

La définition littérale du verbe comprendre est donc : « *saisir ensemble, embrasser quelque chose, entourer quelque chose* », d'où « *saisir par l'intelligence, embrasser par la pensée* »⁸. Deux notions apparaissent déjà à l'étude étymologique de ce verbe : d'abord celle d'entourer, d'inclure, pour faire partie d'un tout et ensuite celle de saisir par l'intelligence ou la pensée, littéralement de « prendre avec ».

La définition moderne du verbe « comprendre » selon le Larousse⁹, détaille un peu plus les différents sens possibles. Dans un premier temps, il s'agit de « *faire entrer, compter quelqu'un, quelque chose dans un ensemble, un total ou, en parlant de cet ensemble, les contenir, les englober, les inclure* » pour évoquer, par exemple, un service compris dans le prix ou d' « *être partiellement ou complètement composé, constitué de choses, de personnes* », comme une équipe pluridisciplinaire comprend plusieurs travailleurs de professions différentes. Dans un second temps, il s'agit de « *saisir par l'esprit, l'intelligence ou le raisonnement quelque chose, le sens des paroles, des actes de quelqu'un* » ou, au-delà de l'intelligence, de « *saisir par l'esprit, l'action, le comportement de quelqu'un, en entrant dans ses raisons, ses mobiles, participer à sa manière de voir, de réagir* ». Dans un troisième temps, comprendre signifie « *se représenter quelqu'un, quelque chose d'une certaine manière, s'en faire une certaine idée* » ou le fait de « *se rendre compte de l'importance de quelque chose, réaliser* ». Nous remarquons enfin que comprendre est utilisé dans un quatrième temps pour exprimer le fait « *d'appréhender d'emblée et par la sensibilité la nature profonde de quelqu'un, d'un art, s'en tenir proche en avoir une connaissance intuitive* ». Ce sens particulier nous semble approprié aux domaines de l'art et se détachent de nos préoccupations, à moins qu'il ne s'agisse de l'art du management plus particulièrement.

⁷ www.larousse.fr

⁸ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, www.cnrtl.fr

⁹ www.larousse.fr

Cette définition complète du verbe comprendre nous permet de proposer une synthèse, notre propre définition, pour situer le fond de notre travail de recherche, en utilisant la formulation suivante : comprendre, c'est avoir à l'esprit une représentation nette d'une notion, saisir par l'intelligence, au-delà du rapport cause à conséquences, la raison d'être de cette notion, dans sa globalité, de l'intention qui l'anime à ses effets. Comprendre, c'est donc tenir, c'est faire lien.

4. Pourquoi comprendre

Comme nous le précisons dans notre introduction, notre problématique de recherche consiste à répondre à la question du comment conduire notre équipe dans une démarche d'accréditation au sein de l'organisation. Faut-il comprendre l'accréditation pour la faire comprendre et avoir du crédit auprès de notre équipe ? Cette question met en jeu l'espace de pouvoir du cadre de santé dans la mise en place d'un projet institutionnel d'amélioration continue de la qualité au sein de son unité. Il ne nous semble pas nécessairement indispensable de tout comprendre pour pouvoir se faire comprendre mais il faut d'abord comprendre une notion pour pouvoir l'explicitier, c'est-à-dire mettre en lumière ce qu'il y a d'essentiel.

Les travaux de M. Crozier et E. Friedberg nous permettent de répondre à la question du « pourquoi comprendre ». En effet, ces auteurs identifient quatre sources principales de pouvoir¹⁰. Ces sources de pouvoir découlent de l'existence de zones d'incertitudes au sein du système. En effet, lorsqu'une zone d'incertitude est maîtrisée par un acteur et qu'elle est, de plus, pertinente pour l'organisation, alors elle devient source de pouvoir pour l'acteur. Selon les deux auteurs, les premières sources de pouvoir proviennent de la maîtrise d'une compétence particulière. Nous pouvons donc considérer que le fait de comprendre l'accréditation offre déjà un préalable à la connaissance de cette méthode et permet donc le pouvoir d'œuvrer pour son bon déroulement. Il est, en effet, évident pour tout professionnel qu'il faille connaître un outil pour pouvoir le manipuler sciemment. Pour aller plus loin dans la réflexion, nous pouvons dire que le fait de comprendre l'accréditation permet au cadre de santé de maîtriser une compétence particulière qui lui ouvre une zone de pouvoir supplémentaire, pouvoir sur lui-même d'abord et ensuite sur ses collaborateurs. L'exercice de son rôle intermédiaire, son pouvoir de faire lien, de faire sens, devient alors possible. Les résultats de l'accréditation au sein de son unité dépendront inévitablement de la façon dont le cadre a mené ce projet dans son équipe.

¹⁰ UF 2. Psychosociologie appliquée aux relations de travail. M. Vantomme.

5. Des représentations à la compréhension

Qu'elle soit déjà présente ou non dans nos institutions, l'accréditation est donc ici, dans le cadre de notre recherche, exemplative. Nous avons choisi ce champ d'étude car elle représente un sujet d'actualité pour les cadres de santé d'aujourd'hui et de demain. Si elle n'est pas déjà établie, elle apparaît souvent dans le projet institutionnel à court ou à moyen terme. Présente déjà dans quinze pays d'Europe en 2008, époque où il n'existait pas de programme d'accréditation en Belgique¹¹, l'accréditation se développe sur le territoire belge et fait partie du quotidien ou de l'avenir proche d'un bon nombre de cadres de santé.

Notre projet de recherche ne prévoit pas d'interroger les différentes représentations en présence dans le monde professionnel dans le but d'en faire l'état au sein des cadres de santé ou des soignants dans une démarche opérationnelle à proprement dit. Il ne s'agit pas non plus d'évaluer les représentations possibles en amont et en aval d'une information selon la méthodologie d'une recherche action. Notre objectif est plutôt de nous interroger sur les différentes représentations de l'accréditation dans le but d'amorcer une discussion sur le sujet, cheminant progressivement vers un positionnement « cadre ». Notre propre représentation de l'accréditation n'est pas encore suffisamment nette pour prétendre aujourd'hui que nous avons compris ce dont il s'agit : au début de nos recherches sur cette thématique, nous nous représentons que l'accréditation pourrait être un objectif à atteindre pour les hôpitaux, une garantie fixée par un tiers externe qui permet de communiquer favorablement sur le niveau de qualité des soins qui y sont dispensés. Nous nous représentons l'accréditation comme un réel levier pour la promotion de la qualité des soins dans notre unité. Paradoxalement, nous nous représentons aussi l'accréditation comme une mise en forme, une vitrine de la qualité, qui ne correspondrait pas nécessairement à une réalité de terrain, un projet institutionnel qui viendrait simplement ajouter une charge de travail supplémentaire et passablement inutile pour la qualité des soins. Par représentation, nous parlons de la fenêtre à travers laquelle nous regardons une situation donnée en l'associant à une idée, une image mentale. Il s'agit là d'une tentative de rendre sensées nos perceptions, à nos yeux et aux yeux des autres, en sachant que ce n'est qu'une image incomplète et sans doute provisoire de ce qu'est la réalité. L'image mentale que nous avons de l'accréditation est donc pour l'instant ambivalente. C'est un mélange de nos craintes et de notre volonté de faire lien entre la

¹¹ Conférence sur l'accréditation des hôpitaux en Belgique, D. Gainvorst. CRP « Les Marronniers », le 28/01/2016.

reconnaissance de la qualité et son contenu. Comment allons-nous conduire notre équipe dans ce projet avec de telles représentations ?

Dans « *La république* »¹², Platon aborde par le biais des discussions philosophiques la question de la politique. La partie qui nous intéresse pour répondre à la question précédente concerne l'art de gouverner, le niveau microsociologique de la politique. Cette question est traitée dans le célèbre chapitre VII du livre à travers l'allégorie de la caverne¹³. Il s'agit d'une métaphore qui vient remettre en question nos représentations, la façon dont nous « prenons les choses avec ».

Dans ce chapitre VII de « *La république* », Platon dit à Glaucon : «... *Maintenant, repris-je, représente-toi de la façon que voici l'état de notre nature relativement à l'instruction et à l'ignorance. Figure-toi des hommes dans une demeure souterraine, en forme de caverne, ayant sur toute sa largeur une entrée ouverte à la lumière ; ces hommes sont là depuis leur enfance, les jambes et le cou enchaînés de sorte qu'ils ne peuvent bouger ni voir ailleurs que devant eux, la chaîne les empêchant de tourner la tête ; la lumière leur vient d'un feu allumé sur une hauteur, au loin derrière eux ; entre le feu et les prisonniers passe une route élevée : imagine que le long de cette route est construit un petit mur, pareil aux cloisons que les montreurs de marionnettes dressent devant eux, et au-dessus desquelles ils font voir leurs merveilles ... penses-tu que dans une telle situation ils aient jamais vu autre chose d'eux-mêmes et de leurs voisins que les ombres projetées par le feu sur la paroi de la caverne qui leur fait face ?*». Nous en proposons une illustration qui permet d'imaginer cela plus facilement¹⁴ :



Selon cette allégorie, il se peut que nous ayons aujourd'hui des images de ce qu'est l'accréditation, images que nous considérons comme réelles, mais que cela ne soit en réalité qu'un reflet, qu'une ombre de ce qu'elle est réellement. Il va donc nous falloir

¹² Platon, « *La république* », op cit.

¹³ Platon, « *La république ; Livre VII* », « *Allégorie de la caverne* », p 273 à 300. Op cit.

¹⁴ Image.google.fr

dépasser la question des représentations pour pouvoir nous positionner dans la démarche d'accréditation au sein de notre institution et répondre à la façon dont nous allons pouvoir conduire notre équipe dans ce projet institutionnel. Sortir de la caverne fera donc l'objet de la suite de nos recherches.

6. De la compréhension à l'adhésion

Comprendre, selon la définition du Larousse, peut commencer par « *saisir par l'esprit l'action, le comportement de quelqu'un* » puis nous mener à « *participer à sa manière de voir, de réagir*¹⁵ ». Nous pourrions, au fil de notre travail de recherche, « prendre avec » les éléments que nous y trouverons et risquer de nous positionner trop vite en y perdant notre esprit critique. Nous pourrions, sans prendre le recul nécessaire, participer aveuglément à la manière dont l'accréditation nous permet d'appréhender la qualité, limiter nos lectures aux arguments favorables à l'accréditation. Le biais majeur de cette recherche réside donc dans le chercheur lui-même, qui découvrant les concepts les uns après les autres viendrait militer en faveur de l'accréditation en laissant sur le côté les arguments qui viennent contredire les bienfaits d'une telle démarche, bref nous-mêmes. Ne pouvant prétendre à la neutralité parfaite, nous essaierons malgré tout d'éviter un tel écueil en cherchant des ressources contradictoires et en portant un regard différent, à chaque relecture de ce travail dans un processus d'implication-distanciation permanent. Dans ce même esprit, nous avons pris soin de solliciter des ressources professionnelles externes qui exercent dans le champ du management des soins infirmiers ou du département qualité dans des hôpitaux différents.

7. Conclusion

Nous venons de voir que le verbe « comprendre » sous-entend qu'il existe un continuum qui démarre du fait d'avoir une brève représentation des choses, de considérer les métaphores qui nous sont présentées comme la réalité sans en avoir pris connaissance, et qui conduit vers l'intégration des choses par la connaissance jusqu'à l'inclusion parfaite de ces choses dans notre manière de penser, jusqu'à devenir un habitus. Il existe cependant un espace intermédiaire qui nous permet d'être acteur à travers la compréhension. Nous débutons cette étude avec une connaissance de l'accréditation qui n'est peut-être qu'une projection influencée positivement ou négativement selon nos interlocuteurs et selon nos propres représentations, avec le sentiment de ne pas

¹⁵ www.larousse.fr op cit

comprendre ce dont il s'agit vraiment. Notre question principale de recherche qui vise à pouvoir se positionner clairement pour conduire efficacement notre équipe dans une démarche d'accréditation est donc tributaire d'une prise de connaissance de ce qu'est l'accréditation pour pouvoir faire lien entre cette démarche qualité et le contenu de la qualité sur le terrain.

Après avoir explicité notre sujet d'étude, la problématique du rôle du cadre de santé et son champ, l'accréditation, nous pouvons nous mettre en chemin pour apprendre les concepts, d'abord de qualité en général, puis d'accréditation plus spécifiquement à travers une recherche historique. Nous reviendrons plus tard sur la notion de compréhension et sur la question politique du rôle du cadre pour aborder les aspects discussifs révélés par l'apport de nouvelles connaissances.

1. Introduction

La notion de qualité est complexe et ne se limite pas au champ de la santé. Le sens commun, que nous retiendrons du Larousse¹⁶ définit la qualité comme un « *ensemble des caractères, des propriétés qui font que quelque chose correspond bien ou mal à sa nature, à ce qu'on en attend* ». La notion de qualité n'est pas récente et les différentes perceptions que nous en avons ont considérablement évoluées à travers l'histoire. Notre première démarche consistera donc à parcourir l'évolution du concept de qualité avant la progression rapide du concept de qualité au siècle dernier.

2. La qualité avant notre ère

Jacques de Morgan, archéologue, a découvert en 1901, une stèle datant du règne de Hammourabi (1792-1750 av-JC), roi des cités-Etats du royaume de Babylone en Mésopotamie. Sur cette stèle, sont gravées 282 lois et l'histoire nous apprend que Hammourabi a fait graver ces stèles dans plusieurs villes du royaume pour régler les conflits et réparer les torts¹⁷. Nous trouvons dans ce code un paragraphe concernant l'architecture :

« §233 : *Si un architecte a construit une maison pour quelqu'un, et n'a pas solidement basé son œuvre, si un mur tombe, cet architecte affermira ce mur, à ses propres frais.* »¹⁸.

L'activité médicale est aussi concernée par ces lois. Alors que le paragraphe 221 fixe le prix à payer pour le notable, ou l'homme du peuple appelé *mouchkînou*, au médecin qui le guérit d'une fracture ou d'un muscle malade, les paragraphes 218 à 220 de cette loi concernent les erreurs médicales :

« §218 : *Si un médecin a traité un homme libre d'une plaie grave, avec le poinçon de bronze, et a fait mourir l'homme, s'il a ouvert la taie de l'homme avec le poinçon de bronze, et a crevé l'œil de l'homme, on coupera ses mains.* »

« §219 : *Si un médecin a traité d'une plaie grave l'esclave d'un mouchkînou, avec le poinçon de bronze, et l'a tué, il rendra esclave pour esclave.* »

« §220 : *S'il a ouvert la taie avec le poinçon de bronze et a crevé l'œil, il payera en argent la moitié de son prix.* »¹⁹.

¹⁶ Petit Larousse en couleurs, Librairie Larousse, Paris 1988.

¹⁷ Hermansen C., « *Code d'Hammourabi (-1760 env)* », Encyclopaedia universalis (en ligne), www.universalis.fr.

¹⁸ Scheil V. op cit

¹⁹ Scheil V., « *La loi de Hammourabi* », 2^{ème} Edition, remacle.org.

Dans le code de Hammourabi, certaines règles établissaient la responsabilité des professionnels, dans un ensemble de lois qui régissaient le « savoir vivre ensemble » dans la cité. Nous avons vu que la Cité-Etat se définit par le mot « *polis* » en grec ancien. Cette définition renvoie d'abord à la notion de territoire d'une cité-Etat mais ensuite à une conception d'organisation sociale structurée qui conduit à l'émergence de ce que nous appelons « la politique » au sens macrosociologique²⁰ aujourd'hui. Nous découvrons, dans ce code, la première trace écrite de la notion de qualité. Elle apparaît à travers la notion de faute qui amène la nécessité de réparation ou de dédommagement dans un contexte citoyen de responsabilité des professionnels vis-à-vis des clients. La trace la plus ancienne du concept de qualité se trouve donc dans une première dimension du pouvoir politique, le pouvoir législatif, celui qui organise la vie dans la cité à travers les lois.

Dans le domaine de la construction, au XV^{ème} siècle av-JC, les égyptiens contrôlaient déjà le niveau des murs bâtis avec un outil en bois triangulaire muni d'un fil de plomb. Le fil de plomb devait passer par la médiane du triangle dont le sommet était en angle droit pour vérifier l'horizontalité de l'édifice. La qualité des constructions égyptienne est encore admirée de nos jours. De nombreuses recherches ont permis de mieux connaître les secrets de construction des égyptiens et il reste encore des zones d'ombre qui laissent place à des théories différentes. La qualité des édifices de l'époque est associée à la maîtrise technique des procédés de fabrication. L'époque de la Grèce antique (IV^{ème} siècle av-JC) verra d'ailleurs apparaître la première norme technique. Il s'agit d'une norme technique de fabrication des chevilles en bronze utilisées pour la construction. Nous découvrons que la qualité était déjà liée aux domaines techniques et au concept de normalisation à cette époque.

Platon aurait créé le mot qualité à partir du mot « *poieô* » qui signifie « faire », puis Aristote, plus tard, définit la qualité par « *ce en vertu de quoi on est dit être tel* »²¹. Enfin, à l'époque romaine, au premier siècle av-JC, Cicéron, homme politique de l'empire romain, créa le terme de « *talis qualis* » qui signifie « *tel quel* ». Ce terme deviendra plus tard « *qualitas* », qui signifie « *la manière d'être de quelque chose ou de quelqu'un* » et qui est à la source étymologique²² du mot « qualité » que nous employons aujourd'hui.

²⁰ Politikos : forme de civilisation, de civilité. UF 4 : économie politique de la santé. M. Vantomme.

²¹ El Hamri H. Moisan J-P., « *La qualité, un concept vieux comme le monde. Actualité* », www.biologie-sante.com.

²² www.cntrl.fr

3. La qualité au moyen-âge

A la fin du X^{ème} siècle, la croissance économique amena les commerçants à s'organiser sous forme de corporations par domaine d'activité dans les cités. Ces différentes corporations servaient à défendre les intérêts des artisans mais servaient également aux pouvoirs publics pour contrôler la qualité des produits et fixer les taxes. Face à l'ampleur géographique grandissante des échanges commerciaux, et notamment, aux risques encourus pendant le transport des produits, les marchands se sont organisés en guildes. Ces guildes, reconnues officiellement, avaient le pouvoir de fixer le prix, le poids, la mesure, de la marchandise et avaient le monopole commercial dans la contrée. Quelques rares guildes ont même eu le droit de frapper leur propre monnaie.

Le regroupement de ces guildes, en hanses, déployées sur des zones encore plus étendues autour des grandes villes a permis de renforcer le pouvoir des commerçants face au pouvoir féodal dans un contexte où de grandes foires commerciales étaient organisées. Ces hanses avaient le pouvoir de réglementer le travail de production, les échanges et surtout la qualité des produits vis-à-vis des habitants de la ville, leurs clients. Ces hanses avaient le monopole de fabrication et de distribution des produits sur des zones géographiques étendues et internationales. Ces hanses sont à l'origine des échanges commerciaux internationaux et de l'esprit de corps. Elles font d'abord écho aux prémisses de la mondialisation que nous connaissons aujourd'hui car elles avaient une position de véritable trust sur des espaces d'échanges internationaux. Elles font, par ailleurs, référence au corporatisme. En effet, regroupées par professions différentes, elles sont à l'origine de nombreux corps professionnels que nous connaissons aujourd'hui, notamment à travers les confréries médicales et les corporations de chirurgiens vers 1360²³ ou à travers l'ordre des bâtisseurs dans la sphère architecturale. Nous trouvons là, la qualité au cœur d'une autre dimension politique du pouvoir, le pouvoir d'organisation des corps professionnels en institutions, dimension mésosociologique et économique cette fois. Beaucoup de monnaies différentes, faites de mélange d'or et d'argent, circulaient à cette époque. Au XII^{ème} siècle, les Anglais ont inventé une méthode d'échantillonnage pour contrôler le poids et le titre, soit la qualité, de la monnaie fabriquée pour le compte du Roi par les maîtres de monnaie²⁴. Cela nous renvoie encore aux liens qui existent entre normes et qualité.

²³ www.conseil-national.medecin.fr

²⁴ Bayart D., « L'histoire du contrôle statistique de fabrication », Editions L'Harmattan, Paris, 1994, 36p.

Au XIII^{ème} siècle, Etienne Boileau, alors nommé prévôt²⁵ de Paris, par Louis IX, était confronté à un manque d'écrits sur les règlements des métiers, domaines où la transmission orale était encore de rigueur. Il invita donc les différentes corporations à lui transmettre leurs statuts. Après qu'il les ait validés, il entreprit de les réunir dans un seul ouvrage nommé « *Les Etablissements des métiers de Paris* », ouvrage plus connu sous le nom de « *Livre des métiers* », publié en 1268 environ.

Nous retrouvons, dans cette œuvre, des métiers qui visent à garantir la quantité et la qualité du produit échangé, véritable intermédiaire, entre vendeur et acheteur. Nous retiendrons, par exemple, le métier de « *mesureur de blé* » dans le domaine de l'alimentation, ou de « *jaugeur* » dans le domaine de la boisson en tonneau. E. Boileau aboutit à distinguer les médecins de robe longue et les chirurgiens. Les premières universités de médecine furent créées en France. Elles veillaient sur l'indépendance de la profession et le monopole d'exercice par des docteurs en médecine²⁶.

Il y avait également des « *jurés* » dans chaque corps de métiers. Souvent maîtres de métier eux-mêmes, élus par l'assemblée des maîtres et nommé par le prévôt, pour une durée limitée, les « *jurés* » faisaient le serment de protéger le corps de métiers. Outre la réglementation générale du travail et de l'apprentissage, les « *jurés* » avaient pour mission d'inspecter la qualité des produits et de relever les malfaçons ou contrefaçons. Ils devaient prêter serment de dénoncer les failles observées et se voyaient, le cas échéant, rétribuer une partie de l'amende due au Roi. Ce système fut certainement à la base d'un développement des normes dans différents domaines professionnels. Il n'est pas non plus sans nous rappeler le rôle d'un audit interne qui fait partie intégrante du corps professionnel concerné et d'un audit externe qui fait tiers dans une relation d'échange commercial donnée. Si le rôle de l'auditeur interne, ou juré, était de protéger le corps de métier, la dénonciation des erreurs ou non conformités était de rigueur à cette époque dans une logique de sanction en cas de non-conformité.

4. La qualité à la renaissance

A partir de l'Italie au XV^{ème} siècle jusque dans toute l'Europe, la période de la renaissance a été marquée par le renouveau de l'art antique et par la construction des grands châteaux. A cette époque les artistes auprès desquels une commande était passée devaient respecter une forme de « cahier des charges » très détaillé. En effet, les

²⁵ Prévôt : « agent domanial du roi ou d'un seigneur, exerçant des pouvoirs financiers, judiciaires, administratifs, et militaires », selon le Larousse.

²⁶ www.conseil-national.medecin.fr

commandes se faisaient au « prix-faits », soit au prix convenu et non-modifiable. Ces commandes étaient associées à toute une série de contraintes détaillées, à respecter par l'artiste, pour avoir la garantie d'être payé par le commanditaire.

5. La qualité au XVII^{ème} siècle

Au XVII^{ème} siècle, Jean-Baptiste Colbert, alors ministre d'Etat, créa les manufactures royales. Ces manufactures avaient le monopole de fabrication, des décharges d'impôt et des contrôles de production très développés. Le non respect des règlements amenait l'ouvrier à des sanctions lourdes. Des inspecteurs²⁷ étaient présents pour veiller sur la bonne application des règlements de fabrication.

A cette époque, l'Etat intervient de plus en plus dans la vie économique du pays en participant au processus de production, dans le but d'accroître les richesses dans un contexte de balance économique favorable. A l'origine du colbertisme, inspiré du mercantilisme, Colbert pensait que la puissance du pays était liée à la richesse du souverain et mettait l'économie au service de l'Etat. Il faisait donc importer des matières premières à bon prix pour les transformer en produits de qualité, exportés à un prix plus élevé en appliquant des méthodes protectionnistes dans les échanges internationaux. Colbert fit d'ailleurs, en 1664, alors qu'il était siégeait au conseil des finances, une déclaration au Roi Louis XIV : « *Si nos fabriques imposent, à force de soin, la qualité supérieure de nos produits, les étrangers trouveront avantage à se fournir en France et l'argent affluera dans les caisses du royaume* »²⁸. A ce moment de l'histoire, dans le champ de la qualité, se rejoignent les précédentes dimensions du pouvoir évoquées, vers une dimension d'économie politique, vers une plus grande implication de l'Etat dans l'économie.

²⁷ Auditeurs

²⁸ www.economie.gouv.fr

6. La qualité au XVIIIème siècle

A la fin du siècle des lumières, siècle bouleversant le seuil des connaissances par le développement des sciences et de la philosophie, la démographie et la richesse des entrepreneurs qui profitent des progrès et du commerce avec les indes viennent déstabiliser la monarchie. La révolution française amène une forte augmentation des demandes en munitions. En 1794, fut créé un atelier national des jauges et matériel d'inspection. La fabrication du canon se fait selon un manuel d'instructions. V. de Gribeauval, inspecteur général de l'artillerie, développe le principe de l'interchangeabilité²⁹, appliquant des règles de dimensions standard avec une tolérance définie des munitions, il établit des règles de contrôle strictes. Nous verrons plus tard que l'armée a toujours, elle aussi, participé au développement du concept de qualité, notamment par la production de normes, appelées standards.

7. La qualité au XIXème siècle

Souvent décrit comme le siècle de la révolution industrielle, nous pouvons observer que le XIX^{ème} siècle bénéficie des grandes découvertes du siècle passé. L'heure est à la mécanisation de la production dans différents domaines. L'agriculture bénéficie des machines sophistiquées telle que la moissonneuse mécanique, le semoir. Les ateliers de production deviennent de véritables usines à proprement dit. La machine à vapeur permet le développement des chemins de fer, mais aussi de remplacer les moulins. C'est le siècle des énergies, d'abord la vapeur, le charbon avec l'exploitation minière, puis le gaz pour éclairer les usines avant la généralisation de l'électricité à la fin du siècle, avec la création du laboratoire central d'électricité en 1882. Ces progrès techniques sont associés à l'apparition des ingénieurs au sein des usines, jusqu'ici principalement peuplées de contremaîtres et d'ouvriers. La production de masse devra alors faire face au postulat que la qualité diminue quand la production augmente. C'est alors que le concept de qualité va encore évoluer pour s'adapter à cette nouveauté qu'est la production de masse mais aussi à la maîtrise des coûts de production dans une recherche permanente d'une meilleure productivité.

²⁹ Mispelblom Beyer F., « *Au-delà de la qualité* », www.encadrer-et-manager.com

8. Conclusion

Le concept de qualité est bien plus ancien que nous l'aurions pensé avant cette recherche. Nous remarquons qu'il est transversalement présent dans les activités humaines en apparaissant dans la législation, l'organisation des activités économiques, l'implication de l'Etat dans l'économie, l'évolution technologique, le domaine militaire. Ce concept est aussi depuis très longtemps lié au concept de normalisation, de part la création de standards qui viennent représenter la référence en matière de qualité. Le concept de normalisation semble avoir évolué en même temps que le concept de qualité sans que nous puissions vraiment distinguer, à travers nos recherches, si l'un est à l'origine de l'autre. Cette première partie d'étude nous permet de faire ressortir d'abord que l'arrivée des normes dans l'organisation du commerce est venue renforcer le pouvoir des acteurs économiques via l'argument d'offrir une certaine assurance de la qualité aux clients et une reconnaissance étatique. Nous constatons aussi qu'historiquement, la qualité apparaît souvent à travers les notions de contrôle et de non-conformité, et donc finalement de non-qualité. Cette approche de la qualité par la présence de non-qualité a principalement amené des réactions humaines particulières que sont des effets rétroactifs d'obligation de réparation, des réponses punitives aux erreurs, voire de rejet du corps professionnels. Cette histoire ne nous aurait-elle pas conditionnés à entrevoir la qualité à travers le prisme de son absence et à développer une forme de crainte permanente de l'erreur ?

1. Introduction

C'est dans ce contexte d'industrialisation de l'économie du XIX^{ème} que naîtra, au début du XX^{ème} siècle, la méthode d'organisation scientifique du travail³⁰ grâce à une analyse détaillée des modes et techniques de production. Cette méthode prévoit d'améliorer la façon de produire en divisant le travail des ouvriers en tâches simples et répétitives, et de rémunérer les ouvriers au rendement. L'industrialisation va permettre une production de masse, plus rentable, associée à une demande croissante. La qualité des produits fait l'objet de contrôles a posteriori sans prévoir de démarches correctives ou préventives. Les produits défectueux sont encore mis au rebut ou refaits après cette étape. Nous verrons que le XX^{ème} siècle viendra révolutionner ces pratiques.

2. De W.A Shewhart à W. E Deming

2.1 Introduction

La naissance du concept moderne de qualité est souvent attribuée aux travaux de Walter A. Shewhart des laboratoires de la Bell compagnie aux Etats-Unis au début du siècle. Physicien et statisticien, il créa en 1924 la première carte statistique de contrôle, appelée carte p, qui permettait de comprendre le phénomène des téléphones défectueux à la Western Electric. W. A. Shewart a instauré un contrôle des processus de production par l'analyse de proportion de produits défectueux « p » sur plusieurs échantillons « n » prélevés en cours de processus. Ce système est à la source du système de maîtrise statistique des processus appelés « MSP ».

En effet, cette carte de contrôle statistique permettait de veiller sur la fabrication en s'assurant que les caractères contrôlés restent conformes aux spécificités, compte tenu qu'une variabilité, due au hasard reste possible. L'analyse de la qualité s'exerce maintenant sur l'ensemble du processus de production avec la maîtrise statistique des procédés. Du contrôle a posteriori de la qualité de chaque produit, cette méthode amena une dimension d'analyse a priori de la qualité, au cours du processus de production, et donc avant la phase de contrôle des produits finis. Cette méthode se base sur le fait que tout processus

³⁰ OST

de production crée de l'information et que cette information est utile à l'amélioration du processus.

A la demande du département de la guerre aux Etats-Unis, dès les années 1940, W. E. Deming et H. E. Dodge, tous deux collaborateurs de W. A. Shewhart, ont élaboré les « American War Standards Z1 », aussi appelés « Military Standards ». Il s'agit des normes de construction et des cartes de contrôle statistique qui ont été fournies aux industriels chargés de participer à l'effort de guerre par la production massive d'armement fiable. En 1942, W. E. Deming est détaché au Ministère de la Guerre. Il enseigne la méthode de W. A. Shewhart aux ingénieurs pour améliorer la qualité des armes utilisées sur le front. Il produit notamment des procédures d'acceptation du matériel de guerre reçu en lots par l'utilisation de méthodes d'échantillonnage. Cette maîtrise statistique des processus, analysant la qualité tout au long du processus de production se développe également en Europe à cette période.

Après la guerre, W. E. Deming part au Japon, à la demande du Ministère de la Guerre pour participer à une étude économique. L'heure est à la reconstruction du pays, dévasté par la guerre 1939-1945. Il se rapproche de la JUSE³¹, l'union japonaise des scientifiques et ingénieurs, en côtoyant Kaoru Ishikawa, l'ingénieur, auteur du diagramme causes-effet, dit en arêtes de poisson. W. E. Deming donne des cours aux dirigeants de l'industrie japonaise à partir de 1950. Joseph Juran, son ancien collègue à la Western Electric, et membre actif de l'AMA³², est invité au Japon également en 1954. Lui aussi avait participé à l'effort de guerre en étant chargé d'améliorer le processus d'envoi de matériel sur le front japonais. Joseph Juran et W. E. Deming étaient encore peu connus aux Etats-Unis à cette époque-là.

Améliorer la qualité, avec leurs méthodes, permet de réduire les coûts et les délais de réparation liés au constat des non-conformités en bout de chaîne. La productivité augmente, ce qui permet de gagner des parts de marché par la vente d'un produit moins cher et de meilleure qualité. Cela permet, par conséquent, de créer de l'emploi, ou tout au moins de pérenniser l'emploi.

Dans les années 80, la qualité des produits japonais a commencé à intriguer l'Occident. Il nous semble d'ailleurs interpellant que les vainqueurs de la guerre

³¹ JUSE: Union of Japanese Scientists en engineers. www.juse.org

³² AMA : American management association

militaire aient permis ce tel rebond économique des perdants. Joseph Juran avait prédit dans les années 60 que le Japon deviendrait un champion de la qualité en moins de 20 ans. W. E. Deming devient célèbre dans le monde entier pour son travail d'amélioration de la qualité au Japon suite à une émission de télévision américaine intitulée « *Japan can, why can't we ?* »³³.

Depuis, W. E. Deming enseigna dans les entreprises du monde entier son modèle d'amélioration de la qualité. Il comporte 14 points qu'il nous semble important d'énumérer avant de développer. Nous les énumérons dans le même ordre que celui de la littérature³⁴ mais nous nous permettrons de les développer dans un sens qui nous paraît le plus approprié à l'activité d'une unité de soins au sein de l'hôpital.

- Garder le cap,
- Adopter une nouvelle philosophie,
- Réduire les contrôles,
- Ne pas acheter à bas prix,
- Améliorer constamment le processus,
- Etablir un système de formation,
- Favoriser le leadership,
- Faire disparaître la crainte,
- Faire tomber les barrières entre services,
- Eviter les slogans dans le management,
- Eliminer les quotas de production, les objectifs chiffrés,
- Supprimer les obstacles à la fierté du travail,
- Encourager l'amélioration de chacun,
- Agir pour accomplir la transformation.

2.2 Garder le cap

Améliorer les produits et les services doit être un cap à garder fermement. Cela permet de rester présent sur le marché en étant compétitif et donc de pérenniser l'emploi. Il faut donc innover, ne pas chercher que les bénéfices à court terme et avoir à l'esprit que le consommateur est la partie la plus

³³ « Si le Japon y arrive, pourquoi pas nous ? »

³⁴ W. Edwards Deming, « *Hors de la crise* », 3^{ème} Edition, Economica, Paris, 1991, Paris, 352p.

importante dans le processus de production. La direction doit s'impliquer pour améliorer la qualité et maintenir l'emploi. Ce point nous semble primordial car il fait d'abord référence à la place centrale qu'occupent les patients dans le processus de production de soins. Il rappelle également que l'objectif d'amélioration continue de la qualité représente un objectif stratégique essentiel et permanent de l'hôpital. Cela nécessite un engagement de la direction et permet de pérenniser l'emploi.

2.3 Adopter une nouvelle philosophie

Le management des entreprises doit changer pour s'adapter à une nouvelle ère économique. Ce changement représente un réel défi. Si les produits américains surpassaient les autres sur le marché mondial après la guerre, les années 70 confrontèrent les Etats-Unis à une plus forte concurrence mondiale, notamment liée à l'amélioration des produits japonais jusqu'ici encore mal réputés. Le contexte économique de l'époque retrouvé dans ce point amène l'idée que la qualité fait partie intégrante du management de l'entreprise, de l'hôpital pour ce qui nous préoccupe. Le management de la qualité est transversal, il se définit au sein de la direction générale et s'exprime à travers toutes les activités. Il est à la source d'une dynamique de changements multiples au sein des différents départements, jusqu'au sein des unités de soins.

2.4 Améliorer constamment le processus

Tout doit être mis en œuvre pour améliorer les différentes facettes du processus de production. Des ressources humaines aux ressources matérielles, ou des matières premières à la façon dont le client utilise le produit, toutes les phases doivent être analysées et optimisées pour améliorer la qualité. Ce point nous permet d'envisager le passage du patient dans notre unité comme un processus qui démarre de son admission jusqu'à sa sortie. Le cadre de santé a une vision globale de ce processus et des tâches qui s'y déroulent. Il est responsable de la gestion des ressources humaines et matérielles nécessaires au bon déroulement de ce processus. Il est aussi attentif à la façon dont le patient participe à ses soins, à la façon dont il vit les soins qui lui sont apportés.

2.5 Faire disparaître la crainte

Le management par la crainte amène les acteurs à dissimuler les différentes erreurs commises et ne permet donc pas de réfléchir à la façon d'améliorer la qualité. De plus, la crainte risque de réduire au silence les personnes qui ont besoin d'exprimer leurs idées, de poser des questions. L'erreur n'est pas commise volontairement, la sanction ne permettra pas d'améliorer le processus de production. Nous remarquons qu'un sentiment de crainte des sanctions peut conduire à une sous-déclaration des événements indésirables, notamment dans les erreurs de délivrance du traitement. La perte d'informations liée à cette crainte représente un frein à l'amélioration possible de la qualité dans le processus d'administration du médicament.

2.6 Faire tomber les barrières entre les services

Les différents départements d'une même société travaillent à la poursuite d'objectifs différents, parfois même contradictoires. Une meilleure coopération entre les départements permet de mieux comprendre la réalité des différents départements, et d'élaborer un réel travail d'équipe entre les différents secteurs d'activité au sein de l'entreprise. Le cadre de santé entretient de nombreux contacts avec les autres départements au sein de l'hôpital ainsi qu'avec d'autres unités de soins. Sa vision coopérative permet d'augmenter les performances de chacun dans les diverses collaborations.

2.7 Supprimer les obstacles à la fierté du travail

Les employés et les cadres qui se sentent contrôlés constamment mais pas écoutés quand ils remontent les difficultés rencontrées sur le terrain éprouvent de la difficulté à ressentir de la fierté pour le travail accompli. Permettre aux acteurs de ressentir cette fierté nécessite d'investir beaucoup de temps dans les relations humaines au quotidien. Ouvrir l'accès à une salle de sport ou autre espace de détente pour le personnel ne le permet pas. Ce point fait partie du quotidien des cadres de santé qui sont à l'écoute, qui complimentent directement ou indirectement les membres de leur équipe. Cela permet de valoriser le travail de chacun dans une dynamique de soutien de la motivation de chacun en cherchant les différentes ressources présentes au sein de l'équipe avant de chercher des ressources externes.

2.8 Etablir un système de formation

Il faut établir un système de formation pour tous les cadres et les nouveaux employés dans l'entreprise. Cette formation vise à permettre une bonne connaissance de la société et des besoins des clients. Ce système de formation permet aux cadres de santé de s'assurer de la connaissance des procédures internes, du fonctionnement de l'hôpital mais aussi du développement professionnel de chaque soignant de son équipe par la formation continue.

2.9 Encourager l'amélioration de chacun

Pour que les salariés puissent apporter quelque chose à la société, il faut leur permettre de se former, d'évoluer dans l'entreprise. Cette formation continue permet aussi à la société de s'adapter constamment à son environnement en mouvement. Les personnes valables pour accomplir telle ou telle mission se trouvent souvent déjà dans le personnel. Ce point, qui vient approfondir le précédent, est aussi bien connu des cadres de santé qui identifient et mettent à profit les compétences de chacun des membres de l'équipe au service de l'unité de soins.

2.10 Favoriser le leadership

La façon de diriger doit plutôt s'inscrire dans l'idée de guider et d'entraîner plutôt que de commander et contrôler. Chaque acteur doit pouvoir être fier de son travail. Les leaders doivent bien connaître le travail, faire le lien avec la direction pour l'informer des conditions de travail et proposer des modifications. Le leader connaît aussi suffisamment son équipe pour savoir qui a besoin d'un accompagnement pour améliorer ses compétences. Ce point concerne l'accompagnement des nouveaux, l'accueil des stagiaires, les évaluations périodiques du personnel, l'organisation des soins... Cette idée s'inscrit dans une dynamique de renforcement de la ligne hiérarchique dans son rôle de leadership et de bonne connaissance du terrain.

2.11 Réduire les contrôles

Il faut construire la qualité au plus tôt dans le processus pour éviter les inspections généralisées qui sont coûteuses. Les contrôles se font a posteriori, et donc trop tard. Par ailleurs, les contrôles n'apportent pas de solution d'amélioration du processus de production. Malgré tout, les erreurs sont

inévitables. Il convient dès lors de maintenir les contrôles sur les points qui impactent fortement sur le coût de production. La mission de contrôle du cadre de santé est aussi essentielle à la qualité des soins et n'est certainement pas à exclure de son quotidien. Aux contrôles généralisés ou diffus, nous préférons la mise en œuvre d'outils de contrôle de certaines phases, certaines tâches que sont par exemple les admissions, les sorties, la tenue du dossier de soins.

2.12 Agir pour accomplir la transformation

Chaque activité fait partie d'un processus global qui peut être schématisé. Il s'agit d'une étape avec une phase d'entrée et de sortie. Cette activité ne peut donc pas agir indépendamment des autres, mais il faut améliorer la qualité à chaque étape du processus global. C'est dans ce dernier point que W. E Deming explique le « cycle de Shewhart », plus connu sous le nom de « roue de deming ». Ce cycle se parcourt en 4 étapes :

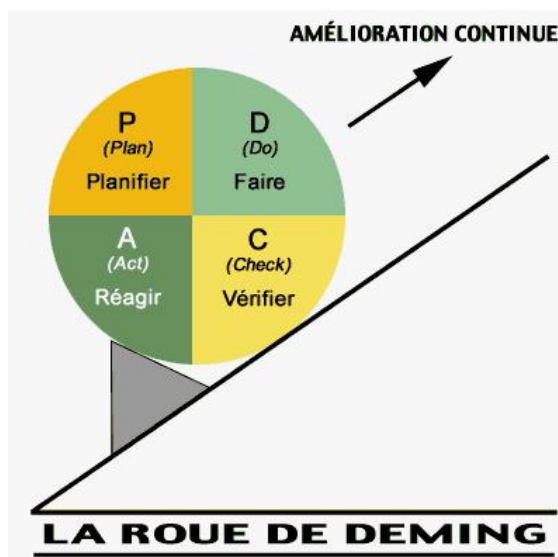
- Préparer un changement, décider de la façon de l'observer
- Réaliser ce changement, de préférence à petite échelle
- Observer, mesurer les effets, les résultats obtenus
- Mettre en œuvre le changement ou reprendre le cycle à l'étape 1

Ce cycle est souvent synthétisé par les mots clés anglais suivants, le cycle PDCA :

- To plan : planifier,
- To do : développer,
- To check : contrôler,
- To act : ajuster.

Ce cycle se parcourt dans un réel travail d'équipe dans lequel les objectifs sont nommés, et dans lequel chacun peut amener ses idées et ses informations. Il est important de mesurer ou de faire mesurer par un tiers les résultats obtenus. Il est aussi possible de reprendre le travail à partir du début sans le vivre comme un échec mais comme la preuve que le progrès est en marche perpétuellement. Chaque progrès obtenu représente un point de départ pour un nouveau changement.

Le schéma de la « roue de Deming » ou « cycle de Shewhart » est le suivant³⁵ :



2.13 Ne pas acheter à bas prix

Dans un espace de concurrence, la perspective d'acheter le matériel à bas prix aux fournisseurs, nuit à la qualité. En effet, les acheteurs doivent, selon W. E. Deming rechercher le meilleur coût total, et pas le meilleur coût initial. Il met en avant les bénéfices à tirer d'une bonne relation entre l'entreprise et les fournisseurs qui connaissent bien leurs produits et dont les services sont fiables. Si ce point concerne plutôt la production de biens, et qu'il nous semble plus distant des missions du cadre de santé, il concerne la gestion des ressources matérielles dont le cadre de santé est responsable. Cela concerne le matériel de soins et les équipements nécessaires au bon déroulement des soins et au bien-être des patients.

2.14 Éviter les slogans dans le management

Une campagne d'affichage peut avoir un effet à court terme sur la productivité et la qualité mais il arrive souvent qu'elle aboutisse au final à un sentiment de frustration générale. Les objectifs peuvent ne pas être atteints, ou être atteints au détriment de la qualité. W. E. Deming propose plutôt à la direction de communiquer sur ce qu'elle a mis en place pour améliorer la qualité des matières premières ou des ressources matérielles. Les acteurs ne doivent pas être confrontés à des objectifs posés dont le résultat, souvent, ne dépend pas que d'eux. Le management de la qualité est plus efficace quand la direction

³⁵ www.cabinetmbo.fr

répond aux besoins des équipes pour travailler dans de bonnes conditions qu'à travers des campagnes d'affichage.

2.15 Eliminer les quotas de production, les objectifs chiffrés

Se focaliser sur des objectifs chiffrés oriente le regard des employés et des cadres vers le résultat à obtenir en bout de chaîne. Cela ne permet pas d'attirer l'attention sur les améliorations possibles du processus de production, des différentes activités. La base de la qualité nécessite que les cadres comprennent bien les différents métiers de leur équipe pour mieux les guider. Ils doivent comprendre aussi les clients, pour savoir comment mieux les servir. Réfléchir aux méthodes possibles pour améliorer la productivité se révèle souvent plus fructueux que de fixer des objectifs chiffrés. Le secteur de la santé nous semble moins sous pression des objectifs de productivité que le secteur commercial. Ce dernier point nous semble malgré tout concerner les cadres de santé dans la connaissance qu'ils ont des professionnels de leur équipe, des patients, et des activités du processus de soins.

2.16 Conclusion

Ainsi, le travail de W. E. Deming, et de ses collaborateurs, révolutionna la vision du concept de qualité dans le monde professionnel moderne de la seconde moitié du XX^{ème} siècle. La gestion de la qualité s'intègre dans le management de l'entreprise et s'exprime à tous les niveaux, à partir de la direction générale. Le cycle PDCA, développé ici au point « agir pour la transformation », est devenu une référence incontournable des approches contemporaines de la qualité. C'est d'ailleurs le point le moins inconnu de W. E. Deming et de sa pensée. Nous remarquons que l'accent qui a été mis sur ce point particulier s'est peut-être fait au détriment des autres points majeurs développés par l'auteur dans la littérature. Nous constatons effectivement que le cycle PDCA est souvent cité, mais souvent isolé du modèle général de la littérature, alors qu'il ne représente, selon l'auteur, que l'un des 14 points du concept, en l'occurrence le dernier. D'autres points, sans doute précurseurs d'une action quelconque, comme « faire tomber les barrières entre services », « encourager l'amélioration de chacun » ou « faire disparaître la crainte » font référence aux valeurs qui sous-tendent la méthode et font pleinement partie de notre problématique de départ : le rôle du cadre de santé.

Cette approche de la qualité est historiquement venue contredire l'idée reçue qui consistait à penser que l'augmentation du volume de production a nécessairement un impact négatif sur la qualité des produits. De plus, ces 14 points sont applicables à l'échelle d'une entreprise, mais aussi d'une partie de l'entreprise. Ils sont adaptés à un système de production de biens autant qu'à un système de production de services. Ils sont donc applicables à toutes les organisations, à tous les niveaux. Nous avons d'ailleurs tenté de relier chacun d'entre eux aux différentes missions de l'infirmier en chef.

3. Les travaux de Philip Crosby : la qualité « zéro défaut »

3.1 Introduction

Nos recherches avançant, nous découvrons aussi les travaux de Philip Crosby³⁶, dans les années 60, et de son objectif « zéro défaut ». Bien que le terme « zéro défaut » ne nous semble pas approprié dans le secteur de la production de services et encore moins dans la santé, Philip Crosby est considéré comme W.E Deming et J. Juran comme un leader de la qualité du XX^{ème} siècle. Directeur de la qualité d'une entreprise américaine, il développa sa propre approche de la qualité. Son approche se base d'abord sur la notion de conformité à un certain niveau d'exigence préétabli, ce qui place encore la qualité en amont d'un contrôle à posteriori. Son approche permet de dire qu'un véhicule courant peut-être dit d'excellente qualité, autant que pour un véhicule de luxe puisque seul le niveau d'exigence aux conformités préétablies diffère. L'originalité de la méthode se base ensuite sur la capacité des organisations à avoir une production d'une qualité dite totale du premier coup. Philip Crosby s'adresse particulièrement aux directions des entreprises en avançant que 10 à 20% du chiffre d'affaires des entreprises est généralement lié à la non-qualité. Il propose quatorze points d'amélioration comparables aux points précédemment développés et une grille de cinq niveaux de prise de conscience de la qualité dans une organisation, niveaux que nous développons ci-dessous :

3.2 Le premier niveau, appelé « l'incertitude » :

Ce niveau représente le stade où l'entreprise ne tient pas compte de l'amélioration de la qualité. Les produits sont triés et contrôlés à posteriori, les

³⁶ P. Crosby. « La qualité, c'est gratuit », Economica, Paris, 1986, 313p

problèmes ne sont que rarement découverts et le coût de la non-qualité, 20% du chiffre d'affaire, est élevé.

3.3 Le deuxième niveau, appelé « réveil » :

Le réveil montre que l'entreprise a conscience de l'enjeu mais ne met pas de démarche qualité en place pour autant. Un département qualité existe mais il ne met en place que des visions correctives à court terme en réaction aux problèmes détectés. Le coût de la non-qualité reste de 15% du chiffre d'affaire.

3.4 Le troisième niveau, appelé « vision claire »

L'entreprise mène concrètement des actions pour améliorer la qualité. Le département qualité rend compte à la direction qui inclut la qualité dans le management. Les points d'amélioration sont en cours d'implémentation, des actions correctives sont régulièrement mises en œuvre. Le coût de la non-qualité représente encore 12% du chiffre d'affaires.

3.5 Le quatrième niveau, appelé « sagesse »

Les problèmes sont identifiés, des actions correctives et préventives sont effectuées pour les résoudre à la source. La direction participe aux actions pour la qualité, les points d'amélioration sont poursuivis. Le responsable de la qualité devient cadre et mène des actions préventives fortes. Le coût de la non-qualité passe à 8% du chiffre d'affaires.

3.6 Le cinquième niveau, appelé « certitude »

L'amélioration de la qualité fait partie intégrante du management de l'organisation. Les outils qualité sont devenus des éléments essentiels dans le management. L'amélioration de la qualité est devenue continue. Le coût de la non-qualité ne représente plus que 2.5% du chiffre d'affaires.

3.7 Conclusion

La méthode développée par P. Crosby est proche de celle de W. E. Deming et confirme les notions d'approche de la qualité en amont du processus et d'intégration de la qualité dans le management de l'entreprise. Cette méthode nous semble malgré tout plus adaptée à une entreprise de production de biens, la qualité « zéro défaut » nous semblant être une utopie dans le secteur de la santé. Nous pouvons aussi nuancer ce propos puisque même s'il est vrai que la

médecine n'est pas une science exacte et que nous avons une obligation de moyens et pas de résultats, ne pourrait-on pas considérer que la mise en œuvre optimale de l'ensemble des moyens pertinents compte tenu de l'état des connaissances de la médecine dans une situation donnée représente ce « zéro défaut », et ce quel qu'en soit le résultat ?

4. Méthodes d'amélioration continue de la qualité

4.1 Introduction

Après avoir exploré les grands auteurs de la qualité du XX^{ème} siècle, nous constatons qu'il existe de nombreuses méthodes d'amélioration continue de la qualité qui sont issues de leurs travaux. L'accréditation, que nous développerons plus tard, ne représente en réalité que l'une d'elles. Elles ont pour points communs certains éléments que sont l'intégration de la qualité dans le management de l'entreprise, l'approche processus, l'utilisation d'un référentiel de la qualité, la présence d'audits internes à l'entreprise et la visites d'experts extérieurs appelés audits externes périodiques, la mise en œuvre du cycle PDCA décrit par W.E Deming entre ces audits. Parmi ces méthodes, nous en retrouvons deux principales que sont la certification aux différentes normes ISO³⁷, et le modèle d'excellence de l'EFQM³⁸.

4.2 La certification ISO

Dans la période d'après guerre, en 1946, les différentes associations de normalisation françaises, anglaises et américaines, à savoir l'AFNOR³⁹, la BSI⁴⁰, et l'ASA⁴¹, se sont réunies à Londres avec d'autres agences d'autres pays. L'organisation internationale de normalisation est créée en 1947. Différentes normes sont publiées et révisées depuis 1987, certaines étant plus spécifiques à la production de services. Il est donc possible qu'une unité de soins soient certifiée ISO même si cela représente un coût financier et un investissement humain important. Par exemple, le service de soins palliatifs du

³⁷ ISO: Organisation internationale de normalisation

³⁸ EFQM : European Foundation for Quality Management

³⁹ AFNOR : Association française de normalisation

⁴⁰ BSI : British standards institute

⁴¹ ASA: American standards association

CHR Mons-Hainaut a initié, sur base volontaire, une démarche de certification ISO-9001 en 2010⁴².

4.3 L'EFQM

La fondation européenne pour la gestion de la qualité, l'EFQM, est née en 1988, à partir de quelques entreprises européennes et avec l'appui de la commission européenne. L'objectif de l'EFQM est de promouvoir un modèle structuré, méthodologique, de l'amélioration de la qualité dans les entreprises. Ce modèle est régulièrement révisé et s'est déployé dans le temps si bien qu'il est utilisé par plus de trente-mille entreprises en Europe. Il comporte neuf critères d'évaluation et d'amélioration de la qualité⁴³, répartis de la façon suivante. Les cinq premiers critères concernent les facteurs contributifs à l'amélioration de la qualité : le leadership, la stratégie d'entreprise, la valorisation du personnel, le partenariat avec les fournisseurs, l'approche processus. Les quatre derniers sont des critères de résultats pour les clients, le personnel, les liens avec la société et les résultats de l'activité.

4.4 Conclusion

Il existe donc d'autres méthodes d'amélioration continue de la qualité que celle qui constitue le champ de notre recherche. L'accréditation est certainement la plus connue pour les établissements de santé mais il ne s'agit pas d'une méthode exclusive.

5. Conclusion

Différentes approches du concept qualité se sont développées à la fin du XX^{ème} siècle à travers le monde. Différents éléments de notre histoire sont évidemment liés à cette évolution rapide. Il s'agit d'abord de l'arrivée de la statistique, apportant une approche quantitative dans l'analyse de la qualité, qui a incontestablement bouleversé la vision de la qualité. Cette approche a permis d'introduire la notion de qualité tout au long d'un processus de production. Ensuite, la Seconde Guerre Mondiale 1939-1945 a provoqué le développement des normes de qualité au sein de l'armée avec la création des « military standards ». Ce déploiement est tel qu'il est devenu aujourd'hui improbable de parler de qualité dans le monde professionnel sans évoquer la notion de normes reprises dans un

⁴² www.chrmonshainaut.be/soins-palliatifs-et-iso-4

⁴³ www.qualiteperformance.org

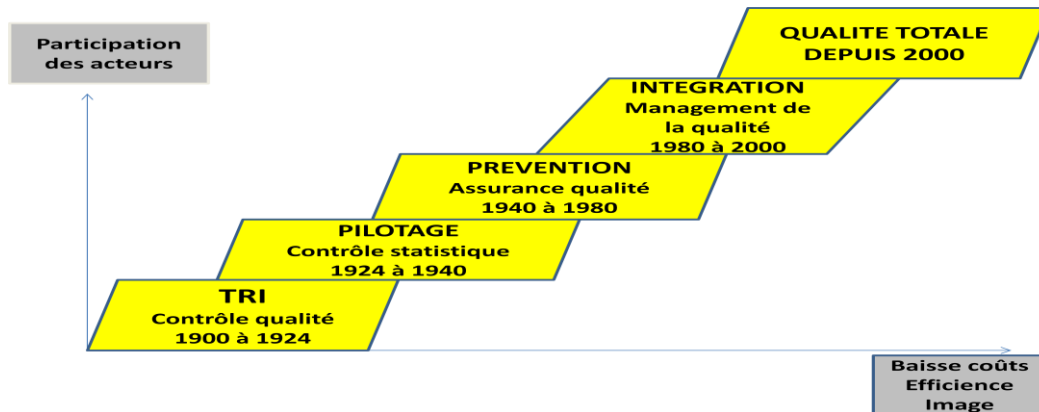
référentiel adapté à l'activité. Enfin, le développement économique, la concurrence internationale, les innovations technologiques, la crise économique des années 1970 ont amené l'intégration d'une démarche qualité dans le management des entreprises. L'enjeu majeur de la qualité est devenu celui de la distribution de produits ou de services de qualité pour gagner des parts de marché dans un espace commercial mondial, de plus en plus concurrentiel, pour répondre à l'exigence des clients. Toutes les activités des entreprises sont maintenant concernées par la qualité. Outre la production, l'accueil des clients, les délais de livraison, les modalités de paiement font partie intégrante de la qualité dans le secteur marchand.

Dans le secteur de la santé, l'approche de la qualité à l'hôpital à travers l'accréditation n'échappe pas à cette évolution moderne du concept et donc du rapport à la norme, au référentiel. Dans le secteur marchand, les normes de qualité sont devenues étroitement liées aux différentes stratégies d'entreprise⁴⁴⁴⁵ puisqu'elles sont sources de pouvoir, véritables forces de marketing, pour l'entreprise qui s'y conforme. La normalisation signifie-t-elle pour autant que toutes les attentes du client soient prises en considération ? Comment allons-nous nous retrouver en tant que soignants d'origine, devenus cadre de santé, dans ce rapport à la norme ? Quel crédit pouvons-nous accorder à cette approche quantitative, normative ? Nous nous demandons dans quelle mesure la normalisation n'inviterait-elle pas les entreprises de production de soins à s'industrialiser ? La normalisation à l'hôpital ne viendra-t-elle pas aussi renforcer la comparaison entre hôpitaux et par conséquent la concurrence entre les établissements de soins ? Au delà des craintes, il ressort des modèles étudiés que cette approche moderne puisse devenir une réelle opportunité de changements vers une plus grande satisfaction des clients et du personnel, une meilleure coopération entre services, une moindre importance de la crainte de l'erreur et de la réponse à l'erreur par la sanction.

⁴⁴ Kotler P. et Dubois B., « Marketing Management », Publi Union Editions, 10^{ème} édition, Paris, 2000, « Chapitre 2, satisfaire et conserver le client grâce à la valeur », p66 à 94, 790p.

⁴⁵ Saïd Y. et Le Roy F., « Stratégies de coopération Rivaliser et coopérer simultanément », Editions De Boeck Université, 1^{ère} édition, Bruxelles, 2010, 263p.

Puisque le XX^{ème} siècle nous paraît être à l'origine d'une évolution rapide du concept qualité, nous proposons de schématiser cette évolution, vers une plus grande participation des acteurs associée à une meilleure efficacité :



Nous ne pouvons pas prétendre à l'exhaustivité dans cette étude de l'évolution de la qualité à travers les âges, mais ce chapitre nous aura sans doute permis d'élargir le champ de nos recherches en dehors du monde de la santé puis de faire le lien avec nos représentations de départ. Une approche historique de l'accréditation, qui constitue le champ de cette recherche et qui donc nous préoccupe plus spécifiquement, pourra maintenant nous permettre de comprendre comment le concept de qualité s'est développé dans la santé, à travers le monde, au siècle passé, ainsi que de faire le point sur la situation actuelle en Belgique.

1. Introduction

Avant de retranscrire le résultat de nos recherches historiques sur le concept d'accréditation, et de préciser le contexte actuel en Belgique, il convient de faire la lumière sur différentes notions qu'il nous aura fallu éclaircir au cours de nos recherches. La première concerne une difficulté d'ordre sémantique pour définir l'accréditation car le terme utilisé est différent selon les pays. La seconde concerne la définition de la qualité dans les institutions de soins par l'OMS, l'Organisation Mondiale de la Santé.

2. Accréditation, problème sémantique

2.1 Introduction

Nous avons pu observer que le terme d'accréditation n'est pas employé de même façon dans différents pays. En France, le terme retrouvé dans la littérature est celui de la certification des établissements de santé pour le différencier de l'accréditation des médecins par la formation permanente vers l'amélioration continue des pratiques. Au Canada, l'accréditation est nommée par le terme d'agrément, qui représente autre chose pour nous, en Belgique. Afin de bien nous entendre sur les termes employés dans cette recherche, nous nous permettrons de définir ci-dessous les termes d'agrément, de label, de certification et enfin d'accréditation.

2.2 L'agrément

Issu de « agréer » en 1465, l'agrément signifie : « *fait d'agréer, de consentir à quelque chose, acceptation, reconnaissance de quelqu'un ou de quelque chose par une autorité (généralement officielle)* »⁴⁶. La loi sur les hôpitaux fixe les normes d'agrément et la loi exige⁴⁷ que « *l'activité infirmière fasse l'objet d'une évaluation qualitative, aussi bien interne qu'externe ... un rapport doit être rédigé sur la qualité de l'activité infirmière* ». Ce rapport se fait annuellement par le directeur des soins infirmiers. L'agrément est donc une première mesure de reconnaissance, comme les autres mais c'est avant tout une norme légale, qui conditionne les pratiques. Nous pouvons donc définir l'agrément comme étant

⁴⁶ Petit Larousse, Librairie Larousse, Paris, 1988. Op cit.

⁴⁷ Loi sur les hôpitaux coordonnée le 7/8/1987, art. 17quater, §1^{er}.

un seuil minimal légal des normes à respecter pour la reconnaissance d'une pratique définie dans le cadre d'un statut défini. Ainsi chaque hôpital doit avoir un numéro d'agrément différent et doit se conformer aux normes minimales définies par la loi sur les hôpitaux pour exercer sa mission. L'évaluation de la qualité des soins fait déjà partie de ces normes d'agrément mais il s'agit des prémisses d'un signe de qualité plutôt que d'une démarche d'amélioration continue de la qualité.

2.3 Le label qualité

Un label, c'est un symbole, un signe qui indique qu'une entreprise est conforme aux normes et que cette conformité a été évaluée. Afficher un label peut être intéressant d'un point de vue marketing, surtout quand il reconnaît une norme supérieure à la norme préconisée pour un bien ou un service. Afficher un label fait partie de la communication entre l'offre et la demande et peut servir à justifier un prix. Cependant, un label peut appartenir à l'ensemble des labellisés. Il reprend alors un cahier des charges interne et peut être évalué par des organismes en interne. Il n'y a pas nécessairement d'audit externe avec des experts effectué par un organisme officiel. Un label en soi, n'a donc pas forcément de caractère officiel, il peut aussi provenir d'un organisme privé dont on ne connaît pas la fiabilité. Pour illustrer cela, nous pouvons prendre pour exemple le label rouge bien connu dans le secteur alimentaire qui est un label officiellement reconnu par l'Etat, signe de qualité supérieure et attesté par des organismes indépendants et impartiaux. Nous pouvons ensuite le distinguer d'un autre label : « reconnu saveur de l'année ». Ce dernier est délivré par une société privée sur base des avis de consommateurs selon l'aspect, l'odeur, la texture, le goût mais sans tenir compte des ingrédients ni du cahier des charges de production.

2.4 La certification

Selon le dictionnaire, un certificat est « *un écrit officiel ou dûment signé d'une personne compétente, qui atteste un fait* ». ⁴⁸ Dans le même dictionnaire, la certification est « *une assurance donnée par écrit* ». La certification est donc une démarche qui vise à obtenir une reconnaissance officielle de conformité à des normes officielles, reconnues, mais qui n'ont pas forcément de caractère

⁴⁸ Petit Larousse, Librairie Larousse, Paris, 1988

obligatoire ou valeur d'autorité. Notre futur diplôme de cadre en soins de santé sera une certification en soi si nous l'obtenons. Il s'accompagnera d'une reconnaissance étatique et revêtera un caractère obligatoire pour pouvoir continuer à exercer en tant qu'infirmier en chef. Dans le champ de la qualité, la certification est une procédure qui vise à faire attester, par un organisme certificateur indépendant, que le système qualité de l'entreprise est conforme à une série de normes, reprises dans un référentiel. Nous confondons souvent label et certificat, comme résultat d'une démarche de certification. Si le référentiel des normes à respecter appartient à un organisme indépendant qui évalue la qualité, alors le label est en réalité un certificat. C'est le cas par exemple des normes ISO précédemment évoquées. Le label ISO doit se dire en réalité : « certifié conforme à la norme ISO ».

2.5 L'accréditation

Sémantiquement, accréditer signifie « *rendre quelque chose croyable, vraisemblable ou reconnaître officiellement comme vrai en parlant de quelqu'un, d'un organisme* »⁴⁹. Ce terme s'emploie pour l'accréditation des médecins ou pour la reconnaissance des qualités diplomatiques du personnel de l'Etat qui exerce à l'étranger. L'accréditation, selon la législation belge, est une « *procédure par laquelle un organisme faisant autorité reconnaît formellement qu'un organisme ou un individu est compétent pour effectuer des tâches spécifiques* ».⁵⁰ Pour ce qui est du secteur marchand, il existe en Belgique, l'organisme d'accréditation belge « BELAC »⁵¹, placé sous la tutelle du ministère de l'Economie. Pour les établissements de santé belges, l'accréditation est, « *une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire. Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un établissement de soins apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées et présentées sous forme de manuel, le référentiel, préconisé par un organisme d'accréditation* »⁵².

⁴⁹ www.larousse.fr

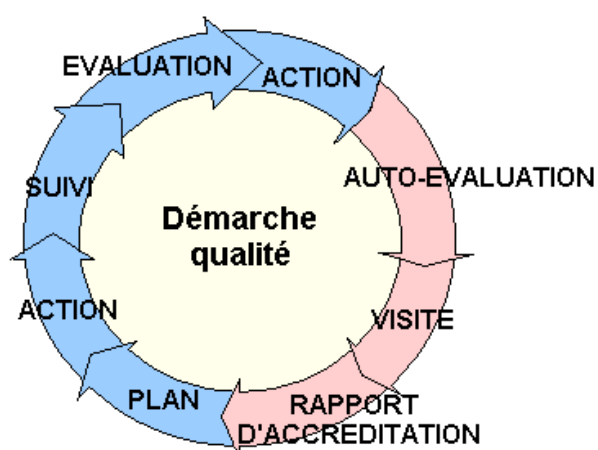
⁵⁰ Texte coordonné, loi programme du 20 juillet 1990, modifiée le 9 juillet 2004

⁵¹ Economie.fgov.be

⁵² « *L'accréditation des hôpitaux - l'indispensable phase d'éveil* », Fédération Wallonie Bruxelles, Novembre 2013, p11.

La reconnaissance de la qualité à travers l'accréditation des hôpitaux provient donc d'un organisme d'accréditation indépendant, reconnu officiellement et ne revêt pas de caractère obligatoire en Belgique. L'entrée dans cette démarche, comme le choix de l'organisme d'accréditation, représentent des choix de la direction générale et du conseil d'administration.

La démarche d'accréditation des hôpitaux se déroule sur le principe de la roue de Deming, sur le modèle d'une amélioration continue de la qualité des soins, ce que nous représentons schématiquement ci-dessous⁵³ :



Le cycle continu de l'accréditation est en effet superposable au cycle PDCA précédemment étudié. A ce cycle, s'ajoutent les étapes d'auto-évaluation, de visite par les experts mandatés par l'organisme choisi et le rapport d'accréditation. Il faut savoir que l'accréditation représente également un coût important pour les établissements de santé. La démarche coûte entre 30 000 et 50 000 euros en coût direct, auxquels il convient d'ajouter les coûts cachés en investissements humains et matériels, difficiles à estimer. Entrer dans une démarche d'accréditation représente un projet institutionnel global de grande ampleur et durable dans le temps puisque les visites sont régulières, entre 3 et 4 ans selon les organismes d'accréditation. Cela nécessite donc des moyens financiers et humains conséquents et à long terme pour les établissements de santé. Est-ce que la situation financière des hôpitaux belges le permet sans qu'il existe une forme de discrimination financière entre hôpitaux ? Les différents référentiels sont construits sur base de l'evidence based medicine et de l'evidence based nursing et représentent des supports, des outils d'aide à l'amélioration. Nous nous demandons quelles sont les limites d'une telle

⁵³ www.utc.fr

approche de la qualité, la qualité pouvant se mesurer dans l'industrie, elle ne peut que s'évaluer dans le domaine des soins ?

2.6 Conclusion

La première nuance observée concerne la distinction entre accréditation et agrément. L'agrément représente une autorisation d'exploiter et garantit que les conditions minimales légales sont remplies. L'accréditation permet aux institutions de soins d'examiner leur fonctionnement d'un point de vue organisationnel et les prestations fournies aux usagers d'un point de vue clinique dans le but d'améliorer constamment leurs performances. La seconde nuance concerne la certification et l'accréditation, deux termes similaires pour évoquer l'amélioration continue de la qualité à travers l'audit externe et périodique d'un organisme indépendant dans les établissements de santé. Toutefois nous pouvons soulever que si la certification peut se restreindre à l'activité d'un service, l'accréditation concerne l'ensemble de l'organisation. La démarche d'accréditation est une démarche volontaire en Belgique mais nous verrons ce n'est pas forcément le cas dans tous les pays.

3. Définition de la qualité dans les institutions de soins par l'OMS

3.1 Introduction

L'OMS, depuis 1987, définit la qualité dans les institutions de soins, ce qui dépasse le concept de qualité des soins, comme : *« une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en termes 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 grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »*⁵⁴. Nous proposons de développer les notions essentielles de cette définition.

3.2 Garantir à chaque patient

Ce verbe n'est pas sans nous rappeler d'abord la notion d'assurance qualité vue au chapitre précédent. Garantir signifie dans le Larousse : *« assurer, sous sa responsabilité, l'exécution de quelque chose dans des conditions*

⁵⁴ www.santepublique.eu

préalablement définies » ou « *se porter officiellement garant des qualités et du bon fonctionnement de quelque chose* »⁵⁵. Ensuite, le terme « *chaque patient* », fait référence à l'égalité quant à la possibilité d'accéder à des soins de qualité pour les personnes. Cet accès aux soins est encore un enjeu politique dans nos pays. La sécurité sociale garantit financièrement cet accès aux soins mais n'en garantit pas la qualité. Il appartient donc aux établissements de soins de garantir cette qualité.

3.3 La rationalisation du meilleur résultat au meilleur coût

Ce ratio fait apparaître la notion d'efficience dans la qualité des soins. En effet, si nous sommes habitués au terme d'efficacité, qui représente le ratio entre les objectifs fixés et les résultats obtenus, l'efficience se définit comme le ratio entre les résultats obtenus et les ressources utilisées, et amène donc la notion de la rentabilité économique, du meilleur résultat possible en terme de qualité des soins au moindre coût des moyens déployés. L'utilisation du mot résultat dans cette définition nous amène à nous demander qui évalue ce résultat ? Le patient ou le professionnel ? Les attentes sont-elles les mêmes ?

3.4 Au moindre risque iatrogène

Cette formulation nous rappelle que le risque zéro n'existe pas dans le champ de la santé, et que l'objectif zéro défaut de Philip Crosby relève du mythe pour les soignants. Si l'objectif zéro défaut n'est pas envisageable, la mesure du risque, l'information au patient de ce risque, la mesure des événements indésirables sont à la base des méthodes de gestion des risques, et des démarches d'amélioration de la qualité dans les hôpitaux.

3.5 Grande satisfaction, en termes de procédures et de contacts humains

La fin de cette définition de l'OMS amène la notion de qualité totale qui dépasse celle des soins dispensés dans les institutions. La satisfaction des patients dépasse la qualité du service « soins ». La qualité du soin est orientée sur le client et nécessite sa participation. L'accueil, le respect, les délais d'attente, les repas etc. font partie intégrante de cette qualité dans les institutions. L'amélioration de la qualité se focalise sur les procédures, le fonctionnement, les processus, l'écriture mais aussi sur le contact humain.

⁵⁵ Petit Larousse en couleurs, Librairie Larousse, Paris 1988, Op cit.

3.6 Conclusion

Cette définition nous permet de souligner le lien qui existe entre la définition de la qualité dans les institutions de soins et le concept de qualité moderne abordé sous un angle plus général au chapitre précédent. Les éléments de rentabilité pour l'organisation avec le moins d'erreurs possibles sont associés à la recherche de la plus grande satisfaction des clients. Nous remarquons que l'enjeu concurrentiel de la qualité, clairement affiché dans le secteur marchand n'apparaît pas explicitement ici. Il nous semble malgré tout intéressant de se demander si tous les hôpitaux belges sont en mesure de financer leur accréditation ou si l'accréditation risque de faire évoluer la position des hôpitaux entre eux dans le système de santé belge.

4. Approche historique du concept d'accréditation

4.1 Introduction

Comme nous l'avons fait pour étudier le concept de qualité en général, nous reprenons une méthode historique pour rechercher comment l'accréditation est entrée dans notre système de santé. Nous verrons que ce concept est moins ancien que celui de la qualité en général mais qu'il s'est développé rapidement à travers le monde.

4.2 Naissance de l'accréditation aux Etats-Unis

La naissance de l'accréditation remonte au début du XX^{ème} siècle, entre 1910, et 1918, aux États-Unis. Un chirurgien, Ernest Amory Codman, a gardé des traces de ses patients dans le but de répertorier le diagnostic, le traitement et le résultat pour chacun d'entre eux. Son travail a permis d'élaborer des « cartes de résultat final » qui nous rappellent le système des cartes p inventées par la W.A Shewhart à la même époque. Il pensait que ses résultats devaient être publiés pour les partager avec tous les acteurs de l'hôpital ainsi qu'avec les patients pour les guider dans leur choix d'hôpital. Il publia une étude sur l'efficacité de son propre hôpital. Il participa activement à la fondation de l'American College of Surgeons, l'ACS, créée en 1913. L'ACS, est une association scientifique et pédagogique de chirurgiens qui a été fondée pour améliorer la qualité des soins pour le patient en établissant des normes pour l'enseignement et la pratique de cette discipline médicale. De part l'époque et

sa pratique autonome, il est encore considéré aujourd'hui comme le pionnier de la qualité à l'hôpital. A cette époque, l'approche de la qualité par l'évaluation du résultat et la production de normes, de standards minimaux s'est mise en marche aux Etats-Unis. Au début, 89 hôpitaux sur 692 répondaient aux critères⁵⁶. L'histoire nous révèle donc que l'initiative de départ est venue des professionnels eux-mêmes dans un pays où l'Etat n'intervenait pas dans le remboursement des soins de santé, la sécurité sociale étant assurée par des organismes privés.

Ces normes se sont développées au cours de la première moitié du XX^{ème} siècle, dans les établissements de soins comme dans de nombreux secteurs. L'ACS, citée précédemment s'est regroupée avec d'autres associations pour créer la JCAHO⁵⁷, la commission mixte pour l'accréditation des hôpitaux en 1951. Cette association a poursuivi les objectifs de favoriser la démarche d'accréditation volontaire des hôpitaux ainsi que de publier des normes, des standards de qualité.

La reconnaissance officielle de l'accréditation des hôpitaux américains remonte ensuite à 1966, avec la possibilité offerte aux hôpitaux accrédités de participer aux programmes récemment votés de Medicare et Medicaid. Medicare est une forme d'assurance maladie américaine qui concerne les personnes âgées de plus de 65 ans qui ont cotisé durant leur vie professionnelle. Medicaid est une assurance sociale, mise en place par le président Lyndon Johnson dans le cadre de son programme fédéral de « guerre contre la pauvreté », qui concerne les familles aux faibles revenus et les personnes handicapés.

En 1998, la JCI⁵⁸, la commission mixte internationale, est créée. La JCI publie des normes par type de prise en charge dans différents établissements de santé, elle internationalise son activité en accréditant des établissements étrangers car La JCI est reconnue par l'ISqua⁵⁹. L'ISqua est une organisation internationale, composée de membres de nombreux pays, qui ne propose pas d'accréditer les établissements de santé, mais qui reconnaît la compétence des différents organismes d'accréditation à le faire. C'est donc un organisme qui accrédite les organismes d'accréditation.

⁵⁶ G. Vidal-Trécan, « Axes d'amélioration de la qualité des soins », Université de médecine, Paris Descartes, 2013.

⁵⁷ JCAHO : Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations.

⁵⁸ JCI : Joint Commission International

⁵⁹ ISqua: société internationale pour la qualité des soins de santé

4.3 Extension de l'accréditation au Canada

En 1959, la CMA⁶⁰, l'association médicale canadienne, qui avait participé à la fondation de la JCAHO aux Etats-Unis, fonde sa propre organisation en se regroupant avec d'autres associations canadiennes d'hôpitaux et de médecins. Il s'agit du CCHSA⁶¹, le conseil canadien d'accréditation des services de santé. En 1995, ce conseil deviendra le CCASS, le Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé qui sera, lui aussi, reconnu par l'ISqua. En 2010, l'Agrément Canada International, l'ACI, est créée pour accréditer différents établissements de santé dans le monde. L'ACI détermine trois niveaux de qualité dans l'accréditation. Dans l'ordre croissant, il s'agit des niveaux or, platine et enfin diamant.

4.4 Extension en Australie et en Nouvelle-Zélande

Le conseil australien des standards pour les soins de santé, l'ACHCS⁶² est fondé en 1974. La particularité historique de l'Australie se caractérise par la représentation du Ministère de la Santé au conseil d'administration de l'ACHCS dès sa création. L'Etat commence à investir le domaine de l'accréditation des établissements de soins, l'initiative n'est plus exclusivement celle des professionnels. Depuis 2005, l'ACHSI⁶³, le conseil australien des standards pour les soins de santé internationaux est actif pour le développement international de l'accréditation. Ce conseil dépend du conseil australien pour les normes de soins de santé qui est déjà reconnu comme l'organisme principal d'accréditation des soins de santé en Australie et outre-mer. Depuis 1991, le conseil néo-zélandais des standards pour les soins de santé existe avec, là encore, une représentation, à hauteur de 50% du Ministère de la Santé, dans le conseil d'administration.

⁶⁰ CMA : Canadian Medical Association

⁶¹ CCHSA : Canadian Council on Health Services Accreditation

⁶² ACHCS : Australian Council on Health Care Standards

⁶³ ACHSI : Australian Council on Health Care Standards International

4.4 Extension en Europe

4.4.1 En Espagne

En 1981, le Ministère de la Santé demande à ce que l'accréditation des hôpitaux conditionne le remboursement des frais de santé en Catalogne, région autonome de la péninsule ibérique. La politique et ses enjeux nationaux influencent donc le développement de l'accréditation.

4.4.2 Au Royaume-Uni

L'origine de l'accréditation au Royaume-Uni remonte à 1989. A la demande des professionnels de santé, la fondation royale privée indépendante, la King's Fund, élabore un projet pour la qualité des soins en se basant sur des normes et en créant un organisme d'audit indépendant, le KFOA⁶⁴. Dix années plus tard, entre 1998 et 2000, cet organisme d'audit de la fondation royale devient le HQS⁶⁵, le service pour la qualité des soins de santé, et change de statut avec l'arrivée de l'Etat dans le système. Son objectif reste de poursuivre des programmes d'accréditation. Le Royaume-Uni est à l'origine de la publication de nombreux référentiels depuis les années 1990. L'activité du HQS s'internationalise également dans les années 2000, avec notamment, la participation d'hôpitaux portugais dans le programme international du HQS.

4.4.3 En France

Contrairement aux pays anglo-saxons, au sein desquels l'investissement de l'Etat dans le système de santé est moins développé, l'accréditation en France est introduite par l'Etat, via une réforme conduite par Alain Juppé, premier ministre, au sein de l'ordonnance sur la sécurité sociale. En effet, l'article L. 710.5 de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée⁶⁶, indique : « *Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation. Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant d'un ou plusieurs services ou*

⁶⁴ KFOA : King's Fund Organisational Audit

⁶⁵ HQS : Health Quality Service

⁶⁶ Boix A-M., « *L'accréditation hospitalière Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?* », L'hamarttan, Paris, 2003, page 23, 24.

activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services de l'établissement. » Cette réforme prolonge les objectifs des lois précédentes, à la poursuite de la mesure de l'efficacité du système de santé, de l'accès aux soins pour tous, mais surtout de la maîtrise du coût des dépenses publiques pour la santé en France. Cette réforme a permis la création de deux agences nationales importantes. D'une part, l'ANAES⁶⁷, qui vise à l'évaluation externe de la qualité des soins, et d'autre part, les Agences Régionales d'Hospitalisation, les ARH⁶⁸, qui déterminent les ressources des hôpitaux et mettent en œuvre l'offre régionale de soins hospitaliers, renforçant le contrôle de l'Etat sur le système de santé. Cette particularité française nous montre que la même méthode peut permettre différentes réalisations. En Août 2004, l'ANAES est intégrée à d'autres commissions au sein d'une seule structure, la Haute Autorité de Santé, l'HAS. L'HAS est une « *autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé par la qualité* »⁶⁹. Elle est à l'origine de la publication de nombreux référentiels et est chargée de l'accréditation des établissements de soins français. L'HAS, accréditée par l'ISqua, participe à des programmes internationaux pour la qualité des soins mais n'accrédite pas les établissements de santé en Belgique.

4.4.4 Aux Pays-Bas

L'institut NIAZ⁷⁰, l'institut néerlandais pour l'accréditation des soins de santé, a été fondé en 1998, à l'initiative des professionnels et des organisations de soins de santé, ce qui diffère de nos voisins français. Associé à l'ACI, l'agrément canadien international, NIAZ est reconnu par l'ISqua⁷¹ pour l'accréditation des hôpitaux étrangers. NIAZ, organisme néerlandais et donc par conséquent néerlandophone, a donc d'ores et déjà été choisi par de nombreux hôpitaux belges en Flandre pour le programme d'accréditation depuis 2013.

⁶⁷ ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

⁶⁸ ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

⁶⁹ www.has-sante.fr

⁷⁰ NIAZ : Netherlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg.

⁷¹ ISqua : Société Internationale pour la Qualité des soins de santé

4.4.5 En Belgique

La qualité des soins en Belgique est, d'un point de vue politique, une compétence partagée entre les Communautés, les Régions, et l'Etat fédéral. Tout d'abord, les hôpitaux bénéficient d'un agrément qui conditionne le remboursement des soins par l'assurance maladie-invalidité et le droit d'exploitation depuis la loi sur les hôpitaux de 1963. Le postulat des normes d'agrément sous-entend que les soins sont de qualité si les normes sont rencontrées. Au départ, ces normes sont principalement structurelles mais nous observons que des éléments qualitatifs viennent progressivement s'y ajouter. En effet, les articles 20 et 25 de la loi coordonnée de 1987 stipulent qu'il doit y avoir une évaluation qualitative interne et externe de l'activité médicale et infirmière sous la responsabilité respective du médecin chef et du directeur du département infirmier. L'évaluation externe concernait plus particulièrement les six programmes de soins définis à l'article 12 de la loi, à savoir : médecine de la reproduction, pathologies cardiaques, oncologie, clinique du sein, pédiatrie, gériatrie. Plus tard, l'AR du 27 avril 2007 concernera l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux avec l'apparition de la CFQAI, la Commission Fédérale pour la Qualité de l'Activité Infirmière, qui met l'accent sur la mesure d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Malgré tout cela, le KCE, centre fédéral d'expertise des soins de santé, rapporte en 2008 qu'il n'y a pas de mesure systématique de la qualité des soins mais des initiatives dispersées sans incitation financière de l'Etat⁷².

Le SPF Santé Publique a mis en place un premier plan pluriannuel 2007-2012 pour soutenir les établissements dans une démarche sécurité-qualité avec notamment la mise en place des rapports d'évènements indésirables. Le second plan pluriannuel 2013-2017 met l'accent sur les thèmes suivants : le système de gestion de la sécurité des patients, le leadership, la communication et le patient acteur, l'identité du patient, la traçabilité, la gestion des médicaments à haut risque, la sécurité en chirurgie et les soins transmuraux. Les critères spécifiques mesurés par différents indicateurs sont les mêmes que les critères essentiels que l'on retrouve dans les différents référentiels internationaux.

⁷² Conférence sur l'accréditation des hôpitaux en Belgique, D. Gainvorst. Op cit

Il n'existe pas de référentiel belge, ni d'organisme belge d'accréditation pour les établissements de soins. La qualité des soins en Belgique n'est pas pour autant reconnue publiquement comme étant inférieure à celle des autres pays. Les organismes tels que l'ACI, la JCI ou NIAZ peuvent accréditer les établissements de santé en Belgique. Le référentiel de la HAS est consultable mais la HAS n'accrédite pas d'hôpital belge. Certains hôpitaux belges se sont déjà lancés dans une démarche d'accréditation. En Flandre, 57 hôpitaux se sont engagés avec les référentiels de la JCI ou de NIAZ en 2013⁷³. Côté wallon, l'hôpital psychiatrique du Beau Vallon a obtenu le niveau « agrément or » en mars 2016. Engagé depuis 2014 dans la démarche d'accréditation avec le référentiel de l'ACI, Il s'agirait du premier hôpital francophone accrédité pour l'ensemble de ses services.

5. Conclusions

L'accréditation des établissements de soins est née aux Etats-Unis au début du XX^{ème} siècle et s'est, parallèlement à l'évolution du concept de qualité en général, considérablement développée dans le monde depuis. Souvent initiée par les acteurs de la santé, l'accréditation intéresse aussi les Etats qui financent les soins de santé. Les Etats s'investissent différemment dans l'accréditation selon les pays mais cet investissement semble croissant. Les enjeux de l'accréditation sont politiques, économiques, et sociaux. Nous citerons les enjeux suivants, retenus de nos différentes lectures sur le sujet. D'abord au niveau macrosociologique, il s'agit de répondre au défi des réductions budgétaires, de la baisse nécessaire du coût de la santé, tout en développant l'amélioration de la qualité des soins par la responsabilisation des acteurs de la santé et de permettre ainsi à tous l'accès à des soins de qualité. Au niveau mésociologique, donc pour les établissements de santé, il s'agit de pouvoir faire face aux changements de comportement des patients, de plus en plus clients que patients, regroupés dans des associations de malades ou de proches de malades et dont le poids médiatique augmente. Cela peut en effet permettre d'éviter des procès de plus en nombreux quand nous savons que 96% des erreurs sont dues à des failles de processus et 4% seulement au manque de volonté du personnel dans les hôpitaux⁷⁴.

⁷³ « *L'accréditation des hôpitaux - l'indispensable phase d'éveil* », Fédération Wallonie Bruxelles, Novembre 2013. P 21

⁷⁴ UF 4.4 « gestion de l'information et du changement », J. Delaunoy, IEPSCF, Tournai, 2014.

Cela peut permettre également de rassurer et fidéliser la demande de soins, rendre l'entreprise attractive pour le personnel, ou de faciliter l'organisation des soins qui évolue vers l'organisation en réseaux et circuits de soins.

Nous n'avons trouvé aucune étude scientifique qui permette d'attester objectivement que l'accréditation apporte une amélioration significative de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Cependant, nous retrouvons à travers nos différentes lectures que l'accréditation a un impact positif sur l'amélioration de la qualité des soins. L'objet de nos recherches n'est pas de débattre de l'efficacité, ou non, de l'accréditation en soi, mais de connaître suffisamment ce concept pour comprendre et espérer se faire comprendre, tenir, notre rôle de cadre de santé dans le chantier d'accréditation.

1. Introduction

Notre sujet de recherche consiste à pouvoir se positionner clairement en tant que cadre de santé pour conduire efficacement notre équipe dans une démarche d'accréditation. Les deux chapitres précédents nous ont permis de prendre connaissance de ce qu'est l'accréditation au-delà de nos représentations du départ. Nous avons compris par l'étude historique de la qualité et de l'accréditation plus spécifiquement ce qui amène les entreprises de production de soins à s'inscrire dans un tel projet en termes de management de la qualité. Nous avons vu que la même méthode peut être conduite par des initiatives différentes, de façons différentes selon les pays et nous avons soulevé certaines questions au cours de nos découvertes. Nous sommes sortis de la caverne en cherchant ces connaissances et nous pouvons donc maintenant revenir à notre problématique de départ, la compréhension, et à ce que Platon nous apprend de l'art de gouverner. Dans la mesure où notre sujet est politique, dans le sens microsociologique du terme, nous structurerons ce dernier chapitre en fonction de trois dimensions suivantes de la politique : d'abord la question de l'engagement, ensuite celle de l'exercice du pouvoir et enfin la question du mandat.

2. La question de l'engagement

Sensibilisés et attirés dès le début de nos études de cadre en soins de santé par le thème de l'accréditation, nous avons décidé d'écrire notre épreuve intégrée sur le sujet. Attachés à la question de la qualité des soins dans nos engagements professionnels de départ, nous pensions que l'accréditation pourrait représenter une opportunité intéressante pour mener à bien notre travail final qu'est cette épreuve intégrée. L'avancement de nos recherches nous permet aujourd'hui de prendre conscience que l'engagement dans nos études de cadre en soins de santé et notre engagement professionnel à exercer la fonction d'infirmier en chef constituent en réalité un engagement politique en soi qui dépasse largement la question de l'accréditation. Ainsi l'accréditation est devenue le champ d'étude, n'étant plus une problématique de recherche en soi. L'engagement est politique, et à la base de toute politique, car l'engagement dépasse les actions que nous posons, l'engagement représente la manière dont nous voyons les choses et conditionne la façon dont nous intervenons dans l'exercice de notre fonction. La question de l'engagement est une question de vision, de position, qui précède le pouvoir et le mandat.

Nous avons compris à travers nos recherches que l'entrée dans une démarche d'accréditation n'est jamais une initiative de l'infirmier en chef. Il s'agit toujours d'un choix de la direction général et du conseil d'administration de l'hôpital ou même d'une obligation légale chez nos voisins français. Nous pouvons d'abord nous questionner sur l'impact de l'engagement volontaire ou non d'un établissement de soins dans une telle démarche et percevoir que le même outil peut être utilisé avec des approches très différentes et présager que cela permet aussi certainement des réalisations différentes. A notre échelle d'infirmier en chef, quoiqu'il en soit, cela sera toujours une obligation puisque la décision se prend à un autre niveau. Cependant, nous sommes conscients que c'est notre niveau de compréhension, d'adhésion, qui aura un impact sur les différentes réalisations possibles.

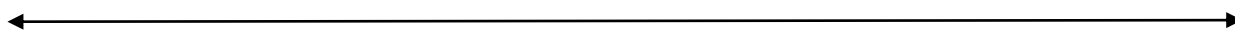
Selon Pascal Poudroux⁷⁵, plusieurs raisons peuvent amener le cadre de proximité à entrer dans une démarche d'accréditation ou de certification :

- Le cadre doit suivre la législation en vigueur, faire cette démarche pour que le service reste compétitif et surtout qu'il garde sa légitimité.
- Le cadre suit une démarche initiée par la direction générale et la met en œuvre sur le terrain.
- Le cadre participe à la stratégie d'entreprise pour l'amélioration de la qualité et il anime la participation de son équipe à la démarche.
- Le cadre peut parfois être la base de la démarche dans la recherche du maximum dans le management de la qualité dans son service.

Ces différentes raisons, classées dans cet ordre là, nous permettent déjà d'observer que la position de chaque cadre de proximité, à l'entrée d'une démarche d'accréditation, se situe sur un continuum, allant de la nécessité de conformité à la loi, ou à sa hiérarchie et qui va jusqu'à la recherche du maximum dans le management de la qualité dans son service.

⁷⁵ Poudroux. P, « *Le carnet de bord du manager de proximité* », Editions d'Organisation Eyrolles, 2007, 201p.

Nous pouvons faire le lien entre ce continuum et les deux pôles qui dominent la sociologie en illustrant ce lien dans le tableau ci-dessous :



Paradigme déterministe	Paradigme déterministe	Paradigme actionnaliste	Paradigme actionnaliste
Conformité à la législation en vigueur	Conformité à l'injonction de la direction générale	Participation active à la stratégie d'entreprise	Recherche du maximum dans le management de la qualité

Nos différentes façons possibles de comprendre et de faire comprendre l'accréditation peuvent donc varier et subséquemment faire varier les compétences en matière de qualité et les performances en matière de résultat de l'accréditation. Cette question de l'engagement est primordiale dans le sens où elle influence le regard que nous posons sur la question des normes, sur notre rapport à la norme, donc plus concrètement pour le cadre de santé, au référentiel employé en ce qui concerne l'accréditation.

Dans une position de soumission à la conformité de la législation en vigueur ou à l'injonction de la direction générale, le cadre de santé prend le risque de poser un regard particulier sur le référentiel. Ce référentiel devient une sorte de chape de plomb, quelque chose qui empêche de se sentir libre⁷⁶. Cette position renforce l'appréhension de la qualité à travers la non-conformité, l'accréditation viendrait alors soulever les manques mais pas assez les conformités. Cette position n'empêcherait peut-être pas le déroulement du cycle de Deming, ni le déroulement de l'accréditation à travers les différents niveaux de l'établissement de soins, mais elle fait table rase des nombreux autres points développés par l'auteur, notamment du point essentiel de la nécessaire implication de tous les acteurs au sein du système.

Inversement, bien que l'infirmier en chef ne puisse être à l'initiative de la démarche, sa participation active à la stratégie d'entreprise dans le management de la qualité lui permet poser un regard différent sur le référentiel. Ce référentiel devient alors un support, une forme de squelette, qui n'exprime pas toutes les dimensions de ce qu'est la qualité mais sur lequel il peut s'appuyer pour améliorer la qualité. Dans cette position, le cadre de

⁷⁶ Au Moyen-âge, une chape de plomb était un instrument de torture, un manteau de plomb que l'on faisait porter à un prisonnier pour le faire souffrir.

santé peut s'engager, mobiliser son énergie et celle de son équipe pour favoriser l'implication de chacun, mettre en valeur les compétences en présence au sein de son équipe, favoriser la fierté au travail, faire tomber les barrières entre services et diminuer le sentiment de management de la qualité par la crainte de l'erreur. Dans cette optique là, il ne poursuit pas l'objectif de l'accréditation comme un simple résultat à atteindre ou une course au label qualité, mais comme une dynamique positive au service de la valorisation des compétences.

Dans une position de recherche du maximum dans le management de la qualité associée à une adhésion totale à la vision purement normative de la qualité et à l'idéologie sous-jacente, la tentation du cadre de santé pourrait aussi être forte d'évaluer les activités de son unité de façon productique sans se préoccuper des contenus des activités et des aspects de la qualité qui échappent à toute forme de référentiel. La conformité à un référentiel présentera toujours des limites vis-à-vis du contenu même de la qualité. Considérer la qualité comme une science exacte sans voir que c'est réellement une science de terrain constitue un piège. Ce piège arrive quand la qualité technique issue de l'industrie nous apporte une vision mécaniste de la qualité et une orientation vers la maîtrise professionnelle des processus de soins tout en oubliant pendant ce temps-là les patients qui sont dans l'unité de soins et les soignants qui s'en occupent.

Penchant plutôt pour le versant actionnaliste, conscient de la nuance à apporter dans la vision normative, nous pouvons dire que le rôle du cadre, comprenant l'accréditation et engagé politiquement en faveur de la qualité, sera celui de tenir, de faire lien entre les attentes de résultats de l'accréditation, la performance, et les véritables effets de la qualité sur le terrain, les compétences, en lien étroit avec son équipe et les usagers. Son engagement tient donc à donner du sens en liant l'approche normative, quantitative, au contenu même de la qualité des soins, qualitative, auprès des patients au sein de son unité. Selon A.M. Boix, « *l'introduction de la qualité s'avère étroitement dépendante du système culturel en place dans les établissements* »⁷⁷. Pour l'infirmier en chef, l'enjeu de l'accréditation sera donc culturel aussi dans le sens où quelque soit le résultat, ce qui compte pour lui, ce sont les effets sur le terrain. Pour y parvenir, il s'appuiera sur l'autorité que lui confie le système à travers sa fonction et choisira d'exercer son pouvoir, sa capacité à conduire son équipe.

⁷⁷ Boix A-M., « *L'accréditation hospitalière Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?* », L'hamarttan, Paris, 2003, p188

3. L'exercice du pouvoir

Le management de la qualité, via l'accréditation viendra sans doute questionner le pouvoir de chacun des acteurs au sein des institutions. Ceci nous invite donc à poser la question qui nous concerne, celle qui constitue notre problématique de recherche, celle du positionnement du responsable d'unité, comme cadre de proximité, au sein de l'organigramme de l'établissement de santé pour conduire efficacement son équipe dans le projet d'accréditation.

Selon Hervé Brizon⁷⁸, le cadre de santé se trouve au centre des problématiques liées à la qualité des soins. Il s'agit de :

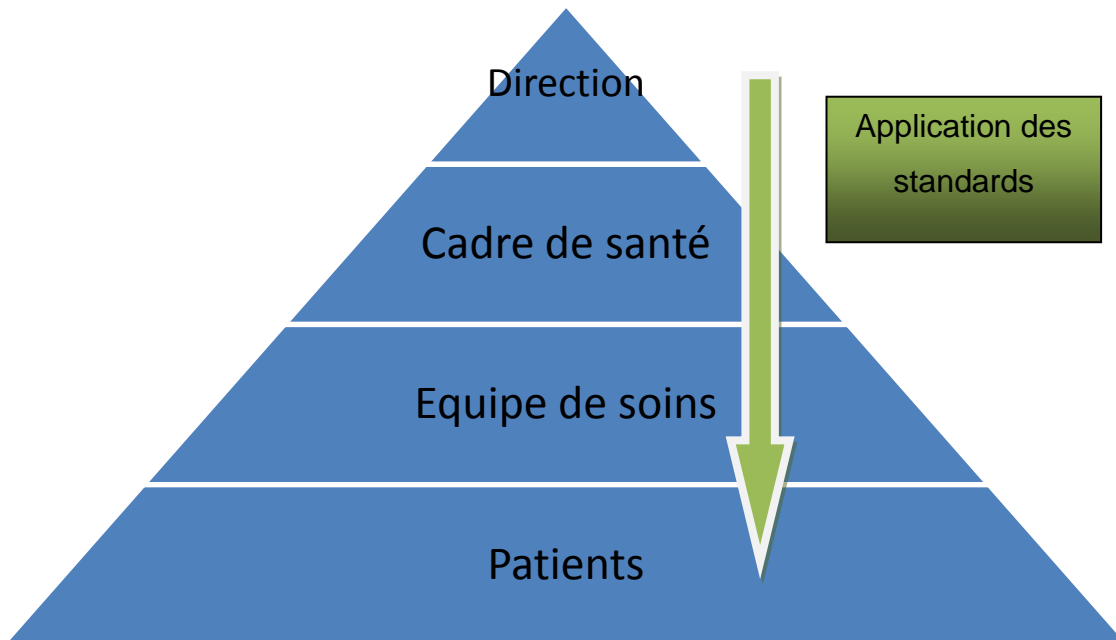
- Développer la qualité des soins dans la prise en charge ;
- Favoriser l'évaluation des pratiques ;
- Améliorer le partenariat soignant-soigné ;
- Participer aux procédures d'accréditation des établissements de santé.

L'infirmier en chef, en tant que manager de proximité, est constamment en interface. La nature même d'un processus de prise en charge d'un patient conduit le cadre de santé à se poser la question du partenariat, de la production de services et de soins tout au long de ce processus. La qualité des soins, la grande satisfaction du patient dépasse effectivement le champ de l'activité infirmière au sein de son équipe. De par cette position d'interface, le cadre de santé, a une vision élargie des services offerts aux patients par l'établissement, le service d'accueil, le service hôtelier, les services administratifs supports... Ainsi, le cadre de santé est au cœur des interactions et garde à l'esprit que la qualité ne se réduit pas à l'élaboration de protocoles de soins. La qualité des soins, dans le processus de prise en charge d'un patient, englobe toutes les prestations de services dans une notion de coproduction et de partenariat entre les différents services.

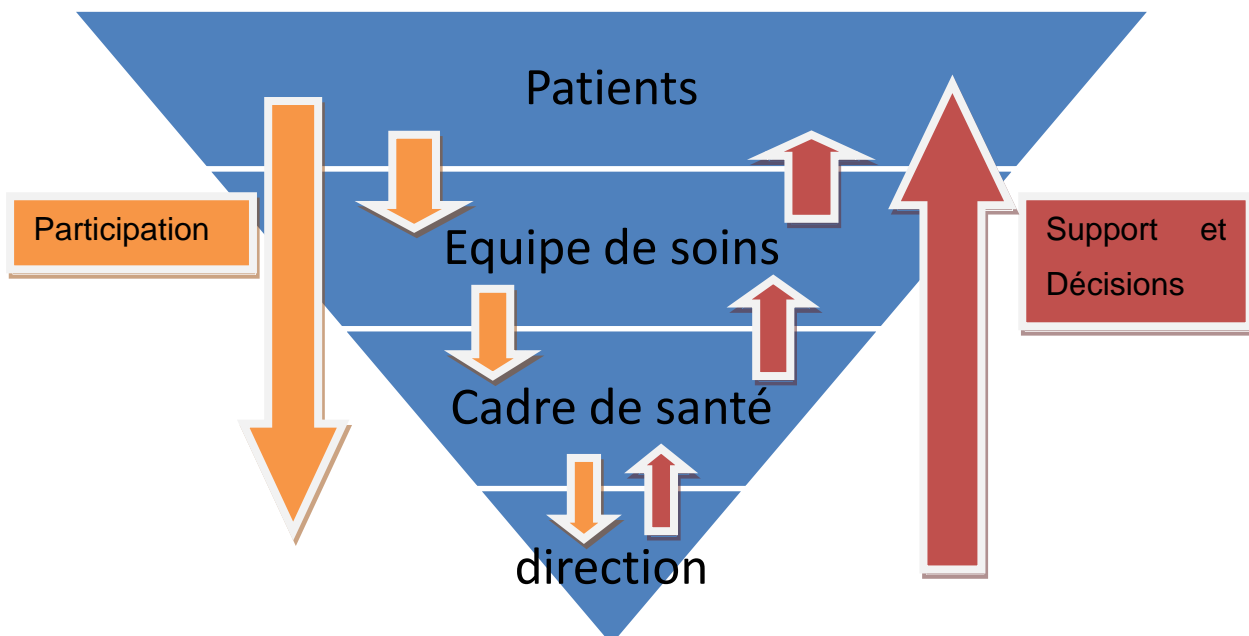
Dans le champ de l'accréditation, au sein même de son unité de soins, le cadre de santé est également en interface entre d'abord la nécessité de mise en conformité des pratiques au référentiel choisi par sa direction, et ensuite la valorisation, par la mise en forme des pratiques soignantes, des compétences présentes dans son unité.

⁷⁸ Brizon Hervé, « *L'accréditation, boîte à outils du cadre infirmier* », Masson, Paris, 2000, 122p. p1

Le pouvoir faisant suite à l'engagement qu'il a pris, nous pouvons, dans le même cheminement que celui de la question de l'engagement précédente, représenter dans un premier temps, l'accréditation dans l'organigramme communément admis, comme la mise en scène des exigences d'un référentiel choisi par la direction selon le schéma suivant :





Nous pouvons ensuite prendre le risque, peut-être révolutionnaire, dans un second temps, de renverser cette pyramide pour se rapprocher du concept de management de la qualité tel que nous l'avons étudié dans les chapitres précédents en le liant à l'état d'esprit nécessaire à sa réussite selon le schéma suivant :

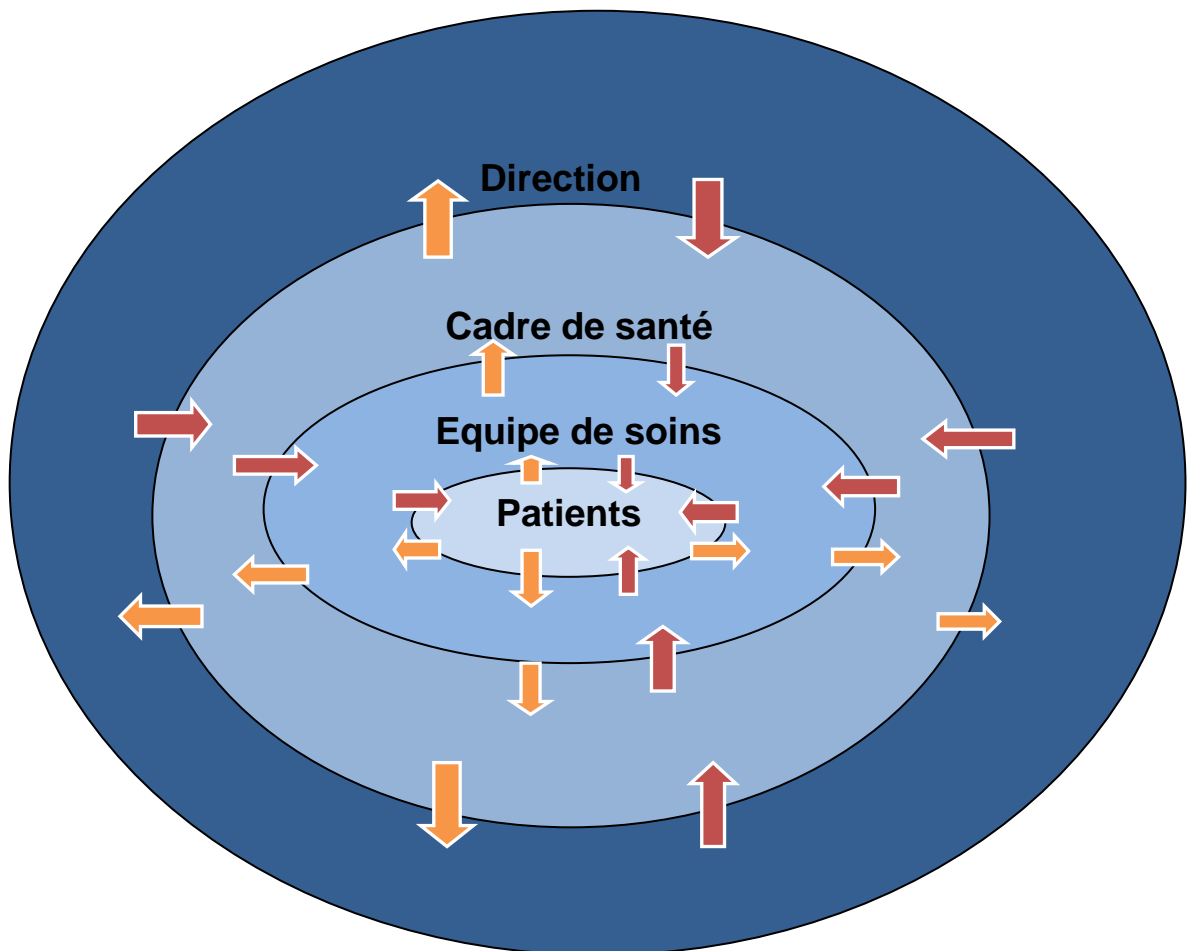


Dans ces deux façons possibles d'exercice du pouvoir dans notre espace d'intermédiaire au sein de l'organigramme, nous retrouvons le paradigme déterministe d'abord puis actionnaliste ensuite et leur opposition idéologique. Nous y retrouvons aussi nos représentations ambivalentes du début de recherche, images mentales d'une accréditation qui représente soit une mise en scène contraignante, une vitrine, de ce qui est considéré comme la qualité, soit un réel levier pour la qualité des soins et la valorisation du travail des soignants, comprenant le tout dans notre problématique de recherche du comment conduire notre équipe dans une démarche d'accréditation. Le premier schéma ne favorisera certainement pas l'implication des acteurs professionnels ni la position de patient acteur de sa santé et va donc clairement à contre sens des concepts d'accréditation et de qualité étudiés aux chapitres précédents. Le second renverse l'ordre établi et peut conduire à une forme d'instabilité, laissant finalement peu d'espoir à une pyramide de tenir sur son sommet. L'avancée de nos recherches et de nos réflexions nous permet de recadrer le rôle du cadre de santé dans sa fonction d'intermédiaire, dans sa zone d'interface, avec l'exercice de son pouvoir et conscient de ses limites, rôle qui est de tenir son engagement puis de lier, de relier, par notre compréhension et le dépassement de nos représentations de départ, les deux paradigmes.

Nous le faisons en proposant le schéma suivant, dans lequel les interactions nous semblent plus nombreuses et au sein duquel la qualité, pourrait être le contenu et l'accréditation le contenant:

Légende :

-  Participation
-  Support et décisions



Nous pouvons en déduire, qu'en tant qu'infirmier en chef, à notre taille dans l'organisation, nous pouvons légitimer notre fonction d'encadrement sur cette fonction du lien plus particulièrement. La question suivante du mandat viendra nous dire comment.

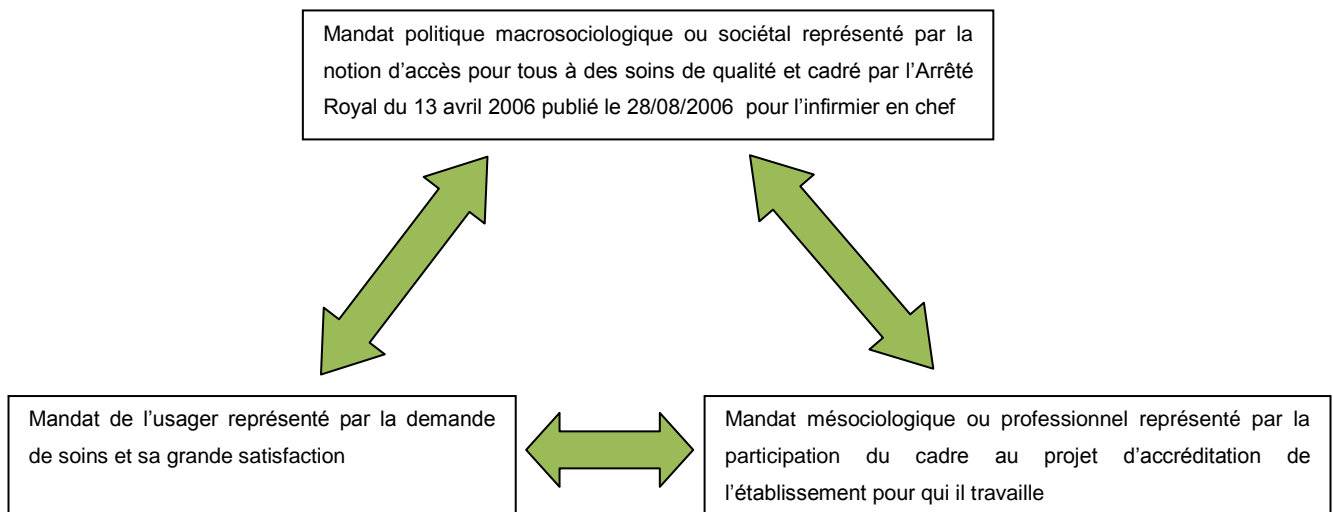
4. La question du mandat

La poursuite de nos réflexions sur l'engagement et l'exercice du pouvoir du cadre nous amènent à la troisième dimension de la politique qu'est la question du mandat. Les supervisions cliniques d'équipe et l'approche systémique ont été des ressources pour nous pour aborder cette question⁷⁹. Pour clarifier la définition du mandat, et la nuancer de ce que nous connaissons du monde politique au sens large, nous définissons ici le mandat comme une forme de contrat bilatéral par lequel une personne appelée mandant donne à une autre, appelée mandataire, le pouvoir de faire quelque chose pour elle et/ou en son nom. Le mandat du cadre de proximité repose sur le fait que le système lui confie une certaine autorité et une certaine représentativité, mais qu'il lui appartient en retour de prendre ses responsabilités que sont justement la représentation et la charge des membres de son équipe et des usagers qui y sont soignés. L'alliance des fonctions décisionnelles et de support, abordées au point précédent, se jouxtent dans son rôle de gouvernance, l'une appartenant à une logique de système et l'autre à une logique d'acteur. Par ailleurs, P. Duprat⁸⁰ nous rappelle que lorsque nous parlons de qualité et d'évaluation de la qualité plus particulièrement, il ne s'agit pas d'un sujet uniquement professionnel. Il s'agit plutôt de la rencontre de trois perspectives qui ne sont pas indépendantes les unes des autres : la perspective du financeur et donc du politique au sens macrosociologique du terme, la perspective des professionnels et enfin, et sans doute surtout, la perspective des usagers du système de santé. L'utilisateur est donc mandant, lui aussi, pour le responsable d'unité et son équipe à travers sa demande de soins d'abord et à travers la façon dont il va en évaluer la qualité, sa satisfaction. Nous pouvons illustrer ces trois perspectives, le mandat du cadre de santé, en utilisant un schéma triangulaire:

⁷⁹ A. Segers-Laurent, V. Wenderickx, C. Piccirelli, N. De Spiegel, « *Du bricolage au tissage, à la recherche d'un fil rouge* ». Groupe de formation et de recherche en thérapie systémique, La forestière, Bruxelles.

⁸⁰ W. Hesbeen, E. Darras, Intervention de P. Duprat, « La qualité dans le système de santé », Congrès international « Le soin infirmier dans le système de santé, quel avenir pour quel soin infirmier ? », ENSP, UCL, Saint-Malo, 1995.

Mandat de l'infirmier en chef :



Ces trois perspectives de la qualité, illustrées de cette façon, rendent le mandat complexe pour le cadre de santé. La gageure pour lui est de concilier le mandat des usagers, des pouvoirs publics, et de l'institution. Ceux-ci sont évidemment en interdépendance, chacun influençant l'autre. Nous devons rappeler ici que la perspective macro politique, le mandat des pouvoirs publics est lié car il contient les deux autres mais il dépasse cependant notre champ d'étude. Nous nous limitons ici, au champ mésociologique, organisationnel, comme nous nous sommes convenus au début de l'étude.

La réflexion sur cette question du mandat et sa nature nous offre une pause, un espace tiers, une base sur laquelle nous pouvons nous appuyer, nous référer avant d'agir. Comprendre notre mandat nous permet non seulement de concevoir le cadre de notre travail, les limites de nos interventions, mais aussi de mettre en lien l'accréditation comme l'objectif clairement défini avec les moyens dont nous disposons pour valoriser nos compétences et celles des soignants en matière de qualité. Ne pas s'y attarder risquerait de faire apparaître une certaine incohérence dans la rencontre des trois perspectives de la qualité. Il existe un danger, en effet, que l'accréditation, à travers une application déterministe d'un référentiel, acquise à une vision totalisante de l'approche normative de la qualité, viennent soulever des sentiments d'impuissance et d'incompétence chez les soignants. Ce danger n'exclurait d'ailleurs pas forcément l'obtention d'un résultat positif de l'accréditation pour le mandant qu'est l'institution. Parallèlement, l'obtention de l'accréditation, ou de toute forme de label, ne signifie pas pour autant que les attentes de l'utilisateur soient rencontrées ni qu'ils soient pleinement satisfaits de la qualité. Qu'en est-il alors du mandat de l'utilisateur ?

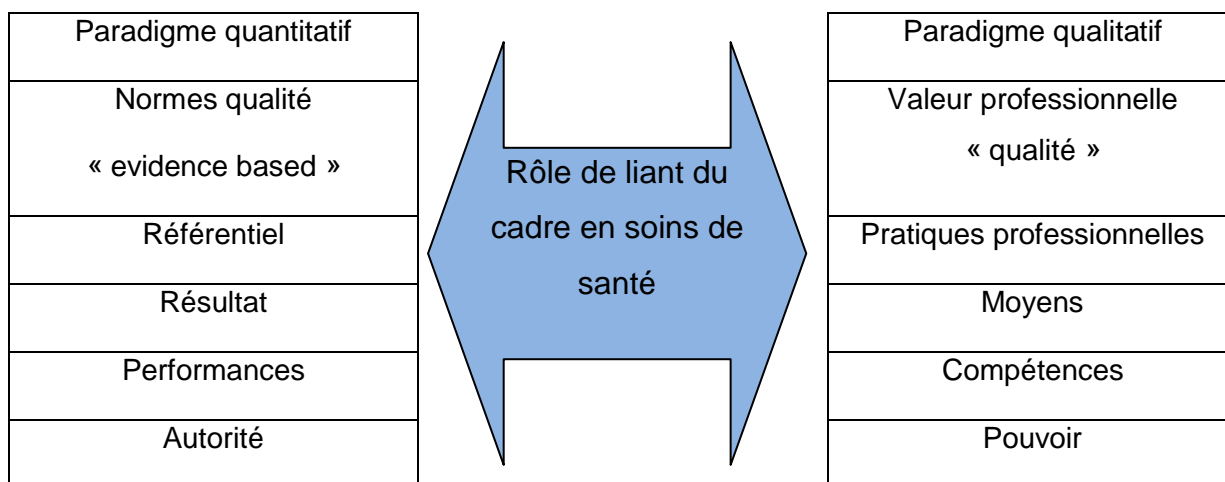
Pour les soignants aussi, il serait possible que la démarche d'accréditation échoue en terme de résultat alors que sa mise en place aura permis un réel développement des compétences associé à une valorisation du travail des acteurs et donc, malgré l'échec, de sa qualité. Serions-nous dans ce cas de bons mandataires ?

Notre enjeu de cadre de santé sera d'établir un pont entre ces trois perspectives de la qualité afin que notre projet d'intervention soit fonctionnel vers la cohérence entre recherche de la qualité en tant que valeur professionnelle et en termes de visibilité et de reconnaissance. Il s'agit bien là de la recherche de congruence qui a introduit notre recherche, à la première page de notre cheminement dans cette épreuve intégrée. Poser la question du mandat nous donne dès lors le pouvoir de nous appuyer sur nos propres compétences acquises lors de notre formation de cadre en soins de santé en matière de gestion des ressources humaines et matérielles, de conduite de projet et de réunion, d'utilisation des outils de la qualité et de coordination des soins... ainsi que sur nos compétences issues de nos expériences professionnelles et des différentes rencontres. Nous pourrons aussi, et surtout, mobiliser les compétences en présence au sein de notre équipe de soins et solliciter chacun de ses membres sans oublier les compétences des autres services de l'institution. Nous pourrons enfin questionner notre direction, si besoin, sur les moyens dont nous disposons pour atteindre le résultat attendu.

5. Conclusion

Comprendre et faire comprendre posent la question du « prendre avec » et donc la question d'apprendre, d'appréhender au préalable. Ces questions dépassent le champ des connaissances ou du savoir en général, même si nous avons dû passer par là pour rejoindre notre problématique de départ et la mettre en lien avec son champ en usant sporadiquement du concept de politique. Du continuum qui existe entre représentation et adhésion dans notre définition du verbe « comprendre », nous sommes passés au continuum qui existe entre le paradigme déterministe et le paradigme actionnaliste, entre autorité et pouvoir du cadre. Le rôle du cadre de santé dans le champ de la qualité est d'abord celui de participer au projet d'accréditation institutionnel vers le résultat attendu en s'appuyant sur son autorité. Ce rôle est ensuite celui d'activer les compétences en présence à travers son engagement et l'exercice de son pouvoir en s'arrêtant et en s'appuyant sur son mandat à la recherche de la valorisation de ses compétences et de celles de ses collaborateurs au service de l'utilisateur, acteur du système, et de l'institution qui l'emploie.

Comprendre le rôle du cadre, lorsqu'il est infirmier en chef, dans la politique qualité de l'hôpital nous amène à nous positionner clairement, puis à légitimer notre fonction d'encadrement sur celle de « liant » particulièrement, dans notre position d'intermédiaire au cœur du système. Ce rôle de lien permet de réunir différents éléments clés parcourus dans ce travail, éléments que nous pouvons schématiser de la façon suivante :



C'est ce lien qui viendra faire sens vers l'objectif « qualité » par le biais de l'exercice d'un pouvoir, qui n'est pas une fin en soi, mais qui soit mis au service des autres, les soignants et les usagers de notre unité de soins. Pour en revenir à Platon et à ce qu'il enseigne de l'art de gouverner, voici ce qu'il dit à Glaucon du nécessaire retour dans la caverne : *« Il faut donc que vous descendiez, chacun à votre tour, dans la commune demeure Ainsi le gouvernement de cette cité qui est la vôtre et la nôtre sera une réalité et non pas un vain songe, comme celui des cités actuelles, où les chefs se battent pour des ombres et se disputent l'autorité, qu'ils regardent comme un grand bien. Voici là-dessus quelle est la vérité : la cité où ceux qui doivent commander sont les moins empressés à rechercher le pouvoir, est la mieux gouvernée et la moins sujette à la sédition, et celle où les chefs sont dans des dispositions contraires se trouve elle-même dans une situation contraire »*. Ce dernier chapitre, faisant charnière avec le premier nous permettra, nous l'espérons, de faire comprendre l'accréditation à nos équipes pour l'inclure efficacement dans la politique qualité de l'hôpital sans chercher à développer une quelconque forme de pouvoir pour nous-mêmes, mais de prendre ce pouvoir, au service des autres et de la qualité des soins.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

1. Introduction

Cette épreuve intégrée prend fin maintenant et nous pouvons clôturer notre travail en réalisant que le résultat que nous en espérons, c'est-à-dire notre diplôme de cadre en soins de santé, représente finalement pour nous, notre possible certification future. Serait-ce un comble ? Ce diplôme nous permettrait, en effet aujourd'hui, de légitimer notre fonction d'infirmier en chef au sein de notre institution, ou ailleurs, mais présente aussi des limites dans le sens où il ne dit pas tout de nos compétences d'hier, d'aujourd'hui et de demain. Nous pouvons donc aussi nous détacher de cette vision « résultat » et revenir sur les moyens utilisés, les découvertes, les questionnements, puis ouvrir les pistes pour l'avenir dans une dynamique d'amélioration continue des compétences pour nous-mêmes et au service des autres vers un modèle sans limite, puisque personne ne peut prétendre réunir toutes les compétences, dans l'absolu. Pour revenir à une forme d'automatisme et de structuration acquise depuis le début de ce travail, nous proposons de définir, ce que nous avons compris du terme employé par l'école d' « épreuve intégrée » pour cadrer notre conclusion et retracer une partie de notre cheminement, puis de différencier les perspectives conceptuelles et opérationnelles de ce travail des perspectives que nous pouvons considérer comme étant plus personnelles.

2. Epreuve intégrée ou EI, et ce que nous en avons compris, mise en liens

Souvent appelé « mémoire », et même encore nommé de cette façon dans nos échanges entre étudiants et collègues, ce travail de recherche fût pour nous une véritable épreuve liée à un exercice permanent d'intégration. Il s'agit d'abord bel et bien d'une épreuve dans la durée puisque nous sommes passés d'un travail micro-EI en première année, à un travail méso-EI en deuxième pour aboutir à un travail macro-EI en troisième et enfin à celui-ci. Il est intéressant pour nous de parcourir ce chemin en arrière et de constater combien le résultat est différent à chaque étape. Sur ce parcours, nous sommes passés par l'étude de différents concepts et par l'apprentissage parallèle de différentes connaissances et méthodologies de recherche et de travail. Soignant de terrain à l'origine, notre moteur de départ, et de fin, est resté constamment orienté sur le concept de qualité, sa pratique et sa reconnaissance. Devenu infirmier en chef depuis trois années, ce moteur est resté inchangé mais c'est notre vision qui s'est élargie amenant progressivement notre regard à passer du qualitatif au quantitatif, et à y revenir.

Ce changement nous a aussi conduit ne plus considérer l'accréditation comme un sujet d'étude à part entière mais à la considérer plutôt comme le champ de notre travail et notre probable futur chantier professionnel. Dans ce processus de mutation professionnelle, nous avons côtoyé des idéologies totalement opposées en remarquant qu'il nous aura été plus aisé de trouver des ressources qui plaident, d'une façon ou d'une autre, en faveur de l'accréditation, et donc du quantitatif, que l'inverse. Nous sommes aussi, et parfois même brutalement, passés de phases d'implication à des phases de distanciation. Nous avons traversé des domaines qui nous semblaient opposés en passant de l'industrie et de sa technologie à la philosophie, particulièrement « *la république* » de Platon. Nous en déduisons que dans tout paradoxe réside un risque d'incohérence si nous gardons une vision dichotomique des choses, mais qu'à l'inverse, c'est le paradoxe qui permet le mouvement vers la cohérence si nous faisons le choix d'être actif. Le simple fait d'écrire aura aussi été pour nous une épreuve réflexive en soi, transformant progressivement nos représentations, nos pratiques, notre savoir.

Cette épreuve s'est accompagnée d'un exercice d'intégration. Nous avons en effet réuni différentes sources et ressources, intégré les cours dispensés à l'école et fait lien avec les ressources du domaine professionnel et les différentes sources bibliographiques. Nous avons dû intégrer tout cela pour écrire ce travail. Cette intégration est large, elle est passée par l'apprentissage de notions qui nous semblaient parfois éloignées comme la gestion comptable ou l'informatique mais qui nous ont été utiles pour réfléchir, puis écrire. Elle est aussi passée par la confrontation: l'échange de points de vue et diverses évaluations scolaires et professionnelles. Parallèlement à cela, il s'agit aussi d'un exercice d'intégration pour nous, au sens sociologique du terme, car pour y parvenir, nous avons intégré le monde professionnel des managers de proximité, la communauté des cadres en soins de santé celle d'un manager d'équipe dans le commerce alimentaire dans l'UF 6.

3. Perspectives conceptuelles et opérationnelles

Nous avons parcouru différents concepts que sont la qualité au sens large en sortant du champ de la santé, celui de l'accréditation des établissements de santé. Nous avons approché le concept de politique sans le développer selon la méthode historique comme les autres, le limitant au niveau micro, celui qui nous intéressait particulièrement. Nous avons côtoyé le concept de normalisation sans pouvoir expliciter les différentes facettes qui le lie au concept de qualité ou à d'autres concepts. Nous n'avons effectivement pas pris le temps de l'étudier dans ce qui le différencie aussi de la qualité.

Nous avons dû cadrer notre recherche, la limitant vers un objectif réalisable. Nous aurions pu prendre un peu de hauteur encore et évoquer les dimensions macro politiques d'accès à des soins de qualité pour tous et même chercher les liens de collaboration et les zones de chevauchements entre hôpitaux dans l'offre de soins. Nous avons d'ailleurs fait un détour sur les notions de compétition et de collaboration entre entreprises sur le champ de la qualité en deuxième année de formation. Toutes ces remarques pour évoquer le fait que rôle politique du cadre dans le système de santé, la normalisation, l'éventuelle industrialisation des soins, la formation des soignants dans l'accréditation, sont autant de pistes que nous aurions aimé approfondir mais nous laissons le soin à d'autres de les étudier.

Notre travail ne comporte pas de partie opérationnelle. Nous avons fait le choix ici de la méthode historique et de la discussion sur le verbe « comprendre » en restant dans le champ théorique. Mais nous aurions pu, et d'autres pourront, observer et analyser comment les cadres conduisent leurs équipes au quotidien dans le champ de l'accréditation : quels sont leurs outils ? Quelles parties de leur temps y sont consacrés spécifiquement ? Quels sont leurs états d'esprit ? En quoi la culture d'entreprise représente-t-elle un moteur ou un frein ? Il serait, effectivement, intéressant d'interroger la communauté des cadres en soins de santé sur leurs représentations de l'accréditation et de les interroger sur leurs missions en lien avec l'accréditation sous un angle plus pratique dans leur quotidien professionnel en utilisant une méthode expérimentale quantitative. Nous avons effectivement imaginé d'interroger les différentes représentations en début de recherche, avant même de développer les concepts de qualité et d'accréditation. Cependant, les représentations en tant qu'images provisoires et incomplètes de la réalité ne nous auraient indiqué qu'une évaluation de la forme et risquaient d'être trop labiles pour notre travail. Par contre, les différentes missions du cadre au quotidien peuvent se quantifier et même si cela nous semblait trop fastidieux, nous pensons qu'il y a là une mine d'informations. Nous aurions pu aussi imaginer interroger différents infirmiers en chefs et différencier leurs réponses en faisant lien avec la culture d'entreprise dans laquelle ils travaillent selon la méthode différentielle. Chercher finalement quelles sont les variations de réponses sur un même phénomène qu'est l'accréditation selon les milieux professionnels. Enfin, une méthodologie de recherche sociologique aurait certainement pu nous apporter également des éléments sur les réalités de vie des cadres en soins de santé et de leurs équipes dans le champ de l'accréditation en utilisant un procédé d'immersion, plus clinique.

Chaque méthodologie de recherche, chaque méthode de mesure, ou d'observation vise à comprendre. C'est l'angle d'approche qui diffère à chaque fois et qui, se faisant, vient enrichir, la problématique. A la croisée de ces angles de vision réside aussi le paradoxe des opinions, ou des vécus, celui qui conduit à première vue à la contradiction, à l'incompréhension. Mais comme le dit Michel de Montaigne⁸¹, « *je m'avance vers celui qui me contredit, qui m'instruit* », autant de contradictions possibles qui ne sont, en réalité, que des possibles mises en action pour l'apprentissage vers le fond, une sorte de modèle dynamique de la compréhension des phénomènes qui nous entourent.

Nous devons reconnaître qu'il nous a manqué quelques informations, et ce malgré nos recherches et sollicitations. Nous avons cherché à connaître l'état des lieux en Belgique. Combien d'hôpitaux sont-ils déjà accrédités ? Combien sont-ils en cours d'accréditation ? Dans quelle chronologie ce phénomène se développe-t-il ? Et enfin quels sont les établissements de soins qui ont fait le choix d'autres méthodes ? Nous pensons que ces informations auraient été intéressantes pour illustrer, parfois, nos propos. Nous pouvons juste affirmer que les hôpitaux accrédités sont plus nombreux en Flandre qu'en Wallonie. Il semble que cela puisse être lié à une question politique, n'y-a-t-il pas aussi une question économique ?

Nous pouvons aussi faire le lien entre notre problématique et d'autres champs d'application que représentent les projets institutionnels plus généralement. Ce travail est resté focalisé sur le domaine de la qualité et de l'accréditation des hôpitaux mais il peut servir de source, comme une base de réflexion, pour élargir le champ des possibles et pousser plus loin la réflexion sur les enjeux culturels du cadre dans la mise en œuvre des projets institutionnels, sur les liens entre compétences et performances, sur la notion de leadership comme d'autres travaux d'autres étudiants nous ont aidés à réaliser celui-ci. Le champ des possibles et les différents niveaux de compréhension possibles ne connaissent pas de limite. Il nous appartient de les cadrer, de les limiter puis d'y développer nos propres réflexions, notre créativité, notre liberté.

4. Perspectives personnelles

Tout au long de cette recherche, nous avons étudié la qualité à travers le prisme du cadre en soins de santé sans oublier que cette qualité est, avant tout, centrée sur le patient. Nous avons parfois évoqué le terme de patient ou d'utilisateur du système de santé. Nous

⁸¹ M.E De Montaigne, « *De l'art de conférer* », Essais, Livre III, Chapitre VIII. www.bribes.org

aurions pu aussi le nommer client ou bénéficiaire de soins. La qualité ne se limite pas à la rencontre entre l'offre et la demande de soins. Cette rencontre existera de toute façon toujours, et ce, dans toute société. La qualité laisse maintenant une place à un nouveau type de patient : le patient acteur de sa santé, voire le patient partenaire du système de santé. Nous n'avons pas pris le temps d'étudier la nature de cette place, ni d'analyser son histoire. Le débat sur la façon dont nous, professionnels de la santé, nommons le patient est loin d'être clos. Nous nous demandons quand même dans quelle mesure il subit le système de santé ou s'il agit vraiment pour sa santé au centre du système. Dans quelle mesure le patient occupe cette place, sa place ? Il serait sans doute très intéressant de savoir ce qu'il comprend de l'accréditation, les attentes non rencontrées et les éventuels bénéfices qu'il peut évaluer.

Dans l'écriture et la rencontre des premières sources et ressources, nous pensions, au départ faire de l'accréditation notre problématique de recherche. Nous étions effectivement à l'écoute des représentations diverses et variées de l'accréditation et tentions de comprendre ce qu'il fallait en retenir, ce qu'il fallait éviter. Nous avons démarré notre travail en pensant que l'accréditation était une sorte de reconnaissance figée, une garantie de la qualité des soins en présence. Nous avons constaté que la notion de sécurité était parfois liée à la qualité dans les sources utilisées dans nos recherches, mais la qualité nous semble maintenant représenter bien plus que la sécurité, être bien plus dynamique aussi. Il nous a fallu du temps pour percevoir que l'accréditation cachait notre réelle question de fond qu'est celle de la compréhension liée à l'art de gouverner, comprendre pour faire comprendre, acquérir peut-être une compétence qu'est la capacité d'explicitation. Nous n'avons pas encore été professionnellement confrontés à l'accréditation, cet exercice est donc une forme de d'anticipation pour nous. Sur ce propos, B. Diridollou⁸² parle de la capacité du manager de proximité à être « leader » d'équipe. Il explique que ce pouvoir réside dans la capacité d'anticiper les changements à venir et à mettre en œuvre, la capacité à rendre les membres de son équipe proactifs, capables de prendre des décisions et faire des propositions pour répondre toujours mieux aux attentes des clients. Nous comprenons mieux aujourd'hui ce que nous cherchions. Il s'agit de notre capacité à être « leader », à conduire notre équipe en anticipant le phénomène d'accréditation, à le comprendre pour le faire comprendre. Nous avons trouvé, et particulièrement lors de

⁸² Diridollou Bernard, « *Manager son équipe au quotidien* », Editions d'Organisation Eyrolles, 4^{ème} Edition, Paris, 2008, 206p.

l'étude des quatorze points de W. E Deming, que notre capacité dépendait d'abord des valeurs sur lesquelles nous pouvons nous appuyer et de notre état d'esprit avant de dépendre de la culture institutionnelle. Alors nous anticipons que nous vivrons certainement parfois l'accréditation comme une contrainte supplémentaire dans un quotidien dont la charge de travail est déjà conséquente mais nous pourrons aussi l'utiliser comme levier, outil de développement et de valorisation des compétences de chacun au service de l'amélioration continue de la qualité. Quel qu'en soit le résultat, le niveau or par exemple si nous prenons le premier niveau du référentiel de l'ACI, il s'agit pour nous de ne pas rater notre objectif, notre cible, qu'est le contenu de la qualité.

Nous pouvons regretter qu'il n'y ait pas de démarche opérationnelle reliée à cette recherche, pas de mise en pratique sur le terrain des concepts, méthodes et outils explorés. Cependant, en parallèle de l'écriture et profitant des cours de l'UF 5.2 « *Développement de la qualité des soins* », nous avons pu intégrer nos recherches à différentes mises en pratique, à notre échelle d'infirmier en chef. Nous avons par exemple collaboré avec d'autres cadres de santé pour mettre en place un processus⁸³ de suivi thérapeutique qui vient structurer les différentes phases d'un accompagnement, de l'analyse de la demande jusqu'à la phase de clôture. Ce processus permet de relier le sens clinique d'un accompagnement et les contacts avec le réseau aux côtés organisationnels que représentent la gestion des dossiers de soins et l'encodage de données pour rendre compte de notre activité au SPF-SP et à notre direction. Nous avons également collaboré avec le coordinateur de la cellule qualité de l'hôpital pour répondre aux critères spécifiques concernant les « soins transmuraux » repris dans le plan pluriannuel 2013-2017 du SPF-SP, ainsi que pour mettre en place des enquêtes de satisfaction pour les usagers. Nous nous sommes enfin confrontés à la difficulté de formaliser le travail d'évaluation des risques suicidaires, formalisation retrouvée dans le référentiel de l'ACI pour les soins de santé mentale en ambulatoire ainsi que dans le référentiel de l'HAS. Les soignants y sont pourtant formés spécifiquement et respectent les critères que sont les évaluations régulières, l'analyse pluri-professionnelle en particulier psychiatrique et la collaboration avec les différents acteurs familiaux et professionnels du réseau autour du patient. La formalisation de l'évaluation des risques suicidaires rencontre en effet une résistance car elle semble nourrir l'illusion que cela pourrait être contrôlé en dissociant des chiffres ou des grilles de toute la complexité d'une crise suicidaire et à notre part d'impuissance dans notre rôle soignant.

⁸³ Processus mis en forme via le logiciel « mindview ».

Maintenant que le travail écrit est terminé, nous le présenterons en espérant réussir à nous faire comprendre. Comprendre et faire comprendre sont effectivement deux exercices différents. Nous avons pu dépasser nos propres représentations mais cela ne présage pas de la confrontation aux représentations des autres. L'accréditation devra être explicitée sur le terrain pour ne pas être réduite à une méthode et à des outils. Nous ne sommes pas certains que nos équipes y soient déjà sensibilisées, bien informées, ni formées. Nous nous confronterons certainement en présentant ce travail dans l'idée qu'il puisse être une information, peut-être la prémisse d'une formation des soignants à l'accréditation ou à toute autre forme de méthode d'amélioration continue de la qualité. Soigner, gouverner, et former sont des métiers possibles car ils ouvrent toutes les perspectives de vie professionnelle pour nous et pour les autres.

BIBLIOGRAPHIE

Les Livres :

- Boix A-M., « *L'accréditation hospitalière Quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?* », L'hamarttan, Paris, 2003, 197p.
- W. Edwards Deming, « *Hors de la crise* », 3^{ème} Edition, Economica, Paris, 1991, Paris, 352p.
- P. Crosby. « *La qualité, c'est gratuit* », Economica, Paris, 1986.
- Kotler P. et Dubois B., « *Marketing Management* », Publi Union Editions, 10^{ème} édition, Paris, 2000, « *Chapitre 2, satisfaire et conserver le client grâce à la valeur* », p66 à 94, 790p.
- M.E De Montaigne, « *De l'art de conférer* », Essais, Livre III, Chapitre VIII.
- Saïd Y. et Le Roy F., « *Stratégies de coopération Rivaliser et coopérer simultanément* », Editions De Boeck Université, 1^{ère} édition, Bruxelles, 2010, 263p.
- Petit Larousse en couleurs, Librairie Larousse, Paris 1988.
- Brizon Hervé, « *L'accréditation, boîte à outils du cadre infirmier* », Masson, Paris, 2000, 122p.
- Diridollou Bernard, « *Manager son équipe au quotidien* », Editions d'Organisation Eyrolles, 4^{ème} Edition, Paris, 2008, 206p.
- Platon, « *La république ; Livre VII* », Flammarion, Paris, 1966, 801p.
- Poudroux Pascal, « *Le carnet de bord du manager de proximité* », Editions d'Organisation Eyrolles, 2007, 201p.

Les revues, les mémoires, les cours et autres publications:

- Bidan A., A propos de l'accréditation, Objectif soins, mai 2000, N°86.
- « *L'accréditation des hôpitaux - l'indispensable phase d'éveil* », Fédération Wallonie Bruxelles, Novembre 2013.
- G. Vidal-Trécan, « *Axes d'amélioration de la qualité des soins* », Université de médecine, Paris Descartes, 2013.
- Bertrand D., « *Accréditation et qualité des soins hospitaliers* », adsp, actualités et documentation en santé publique, N°35, Juin 2001.
- « *QualiGuide* », Guide pratique du management de la qualité, « *Wallonie Région d'excellence* », 13^{ème} Edition, Mouvement wallon pour la qualité, ISE Editions, Remouchamps, 2013.

- Fourcade A., « *La qualité des soins à l'hôpital* », adsp, actualités et documentation en santé publique, N°35, Juin 2001.
- Segouin C. et Perret F. « *L'audit et l'amélioration continue de la qualité à l'hôpital* », adsp, actualités et documentation en santé publique, N°35, Juin 2001.
- Lucet B., « *La place de la formation dans l'implantation de la culture qualité* », adsp, actualités et documentation en santé publique, N°35, Juin 2001.
- Jacqueryrie A., « *Les obstacles à la qualité, barrières visibles et invisibles* », adsp, actualités et documentation en santé publique, N°35, Juin 2001.
- Matillon Y., « *L'accréditation en France* », adsp, actualités et documentation en santé publique, N°35, Juin 2001.
- G. Heidemann E., « *Accréditation des services de santé, projets internationaux* », adsp, actualités et documentation en santé publique, N°35, Juin 2001.
- Dumont G., « *Qualité et planification sanitaire* », adsp, actualités et documentation en santé publique, N°35, Juin 2001.
- Henrard, M., « *La certification dans les hôpitaux belges. Pré requis incontournables ? Cas du Centre hospitalier de Wallonie Picarde* », Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master, Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé, ILIS, 2014.
- Bayart D., « *L'histoire du contrôle statistique de fabrication* », Editions L'Harmattan, Paris, 1994, 36p.
- Normes Agrément Canada relatives aux services de santé mentale, « *Programme d'agrément Qmentum International* ».
- Benetto S., Even A-Y., « *L'accréditation dans l'évaluation de la qualité des soins, intérêts et limites* », Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2000.
- Fox A., « *Le but d'une procédure n'est-il pas de la transgresser ?* », Ethica Clinica, Plus de normes, pour mieux soigner ?, Trimestriel 70, 2013.
- Schepens P, Zdanowicz N., « *DSM V ou la tyrannie de la norme* », Ethica Clinica, Plus de normes, pour mieux soigner ?, Trimestriel 70, 2013.
- Heuschen W., « *Quel est le prix de la qualité dans les soins de santé ?* », Ethica Clinica, Plus de normes, pour mieux soigner ?, Trimestriel 70, 2013.
- Lanoy S., « *Des normes au service des patients, des normes avec les patients* », Ethica Clinica, Plus de normes, pour mieux soigner ?, Trimestriel 70, 2013.
- Debry J-M., « *La norme volontaire : libération ou masochisme imposé ?* », Ethica Clinica, Plus de normes, pour mieux soigner ?, Trimestriel 70, 2013.

- Boland C., « *Peut-on faire l'économie de la norme lorsque l'on travaille avec l'être humain ?* », Ethica Clinica, Plus de normes, pour mieux soigner ?, Trimestriel 70, 2013.
- W. Hesbeen, E. Darras, Intervention de P. Duprat, « La qualité dans le système de santé », Congrès international « Le soin infirmier dans le système de santé, quel avenir pour quel soin infirmier ? », ENSP, UCL, Saint-Malo, 1995.
- A. Segers-Laurent, V. Wenderickx, C. Piccirelli, N. De Spiegel, « *Du bricolage au tissage, à la recherche d'un fil rouge* ». Groupe de formation et de recherche en thérapie systémique, La forestière, Bruxelles. 2016.
- G. Charlier, « *Un cadre, une équipe, des performances : la cohésion est-elle le lien ?* », Epreuve intégrée, IEPSCF, Tournai, 2014.
- Ensemble des cours de « *Méthodologie de recherche appliquée au secteur de la santé* », Vantomme P., 2013-2014.
- Ensemble des cours de « Développement de la qualité de soins », UF 5.2, Delaunoy. J, 2014-2015.
- Compilation des cours des UF 1, 2, 3, 4 et 7, 2013-2015.

Les articles de Loi :

- Arrêté Royal du 13 avril 2006 publié le 28/08/2006 relatif à la fonction d'infirmier en chef.
- Arrêté Royal du 27 avril 2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux.
- Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.
- Loi relative aux droits du patient le 22 août 2002.
- Texte coordonné, loi programme du 20 juillet 1990, modifiée le 9 juillet 2004.

Les recherches sur internet :

- www.has-sante.fr (site consulté en 2014, 2015 et 2016)
- www.juse.org (site consulté en 2015)
- www.afnor.org (Site consulté en 2014)
- « *Les normes comme démarche collective* » www.cainr.info (site consulté en 2014)
- www.joincommission.org (site consulté en 2015)
- Hermansen C., « *Code d'Hammourabi (-1760 env)* », Encyclopaedia universalis (en ligne), www.universalis.fr (site consulté en 2015)

- Scheil V., « *La loi de Hammourabi* », 2^{ème} Edition, www.remacle.org (site consulté en 2015)
- www.immortelleegypte.com (site consulté en 2015)
- www.economie.gouv.fr (site consulté en 2015)
- <http://www.bivi.qualite.afnor.org> (site consulté en 2015)
- Art 5 de la loi du MB du 22.08.1990, p 16125, www.previ.be (site consulté en 2015)
- El Hamri H. Moisan J-P., « *La qualité, un concept vieux comme le monde. Actualité* », www.biologie-sante.com (site consulté en 2015)
- Mispelblom Beyer F., « *Au-delà de la qualité* », www.encadrer-et-manager.com (site consulté en 2015)
- www.santepublique.eu (site consulté en 2015)
- <http://www.tc.gc.ca> (site consulté en 2015)
- www.utc.fr (site consulté en 2015)
- www.qualiteperformance.org (site consulté en 2015)
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, www.cnrtl.fr (site consulté en 2016)
- www.certification-iso-9001.fr (site consulté en 2016)
- www.Economie.fgov.be (site consulté en 2016)
- www.conseil-national.medecin.fr (site consulté en 2016)
- www.cabinetmbo.fr (site consulté en 2016)
- <http://www.chrmonshainaut.be/soins-palliatifs-et-iso-4> (site consulté en 2016)
- www.bribes.org (site consulté en 2016)
- www.larousse.fr (site consulté en 2016)

Abstract : Comprendre l'accréditation dans la nouvelle politique de la qualité à l'hôpital amène le cadre de santé à dépasser ses représentations, à la recherche d'une congruence entre sa quête d'amélioration continue de la qualité et la reconnaissance de cette qualité par une évaluation externe. La cadre passera alors par la connaissance des concepts de qualité et d'accréditation puis par la mise en question son rôle politique, son engagement, sa pratique du pouvoir, et son mandat pour accéder à sa capacité de tenir, de lier les idéologies quantitatives et qualitatives, les résultats et les moyens, les performances et les compétences. Il pourra ainsi légitimer sa fonction d'encadrement dans son rôle de « liant » particulièrement, dans sa capacité à « faire sens », dans sa position intermédiaire au sein de l'organigramme ... comprendre et se faire comprendre ... bref, s'accréditer.

Mots-clés : politique – qualité – accréditation – représentations – méthodes – pouvoir – paradigme – comprendre.