

*« L'accréditation des établissements hospitaliers belges  
comme stimulant de la qualité des soins : panacée ou  
illusion ? »*

Mémoire réalisé par  
**Élodie GRAINDORGE**

Promoteur(s)  
**Geneviève SCHAMPS**

Année académique 2014-2015  
**Master en droit**



## Plagiat et erreur méthodologique grave

---

Le plagiat entraîne l'application des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens de l'UCL.

Il y a lieu d'entendre par « plagiat », l'utilisation des idées et énonciations d'un tiers, fussent-elles paraphrasées et quelle qu'en soit l'ampleur, sans que leur source ne soit mentionnée explicitement et distinctement à l'endroit exact de l'utilisation.

La reproduction littérale du passage d'une œuvre, même non soumise à droit d'auteur, requiert que l'extrait soit placé entre guillemets et que la citation soit immédiatement suivie de la référence exacte à la source consultée.\*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

\* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.



## Table des matières

|                                                                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Remerciements .....</b>                                                                                                                      | <b>9</b>  |
| <b>Liste des abréviations.....</b>                                                                                                              | <b>10</b> |
| <b>Introduction .....</b>                                                                                                                       | <b>13</b> |
| <b>Première partie. Cadre conceptuel : définition des thèmes mobilisés.....</b>                                                                 | <b>15</b> |
| <b>Chapitre 1<sup>er</sup>. Définition des démarches qualité.....</b>                                                                           | <b>15</b> |
| <b>Chapitre 2. Définition de l'hôpital .....</b>                                                                                                | <b>17</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . L'hôpital général .....                                                                                              | 18        |
| Section 2. Les hôpitaux universitaires et à caractère universitaire.....                                                                        | 19        |
| <b>Chapitre 3. Définition de l'accréditation .....</b>                                                                                          | <b>20</b> |
| <b>Deuxième partie. Le temps de l'introspection : présentation des mécanismes existants pour assurer la qualité des soins en Belgique .....</b> | <b>20</b> |
| <b>Chapitre 1<sup>er</sup>. Les initiatives belges au niveau fédéral.....</b>                                                                   | <b>21</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . La loi organique sur les hôpitaux dans l'Etat fédéral belge .....                                                    | 21        |
| a) Champ d'application .....                                                                                                                    | 21        |
| b) Prise en charge de la dimension qualité.....                                                                                                 | 22        |
| 1. L'Evaluation interne et externe .....                                                                                                        | 22        |
| 2. Le Conseil médical .....                                                                                                                     | 23        |
| 3. L'agrément et la programmation .....                                                                                                         | 23        |
| Section 2. Le contrat sécurité-qualité du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement .....       | 26        |
| Section 3. La plate-forme belge eHealth.....                                                                                                    | 27        |
| <b>Chapitre 2. La qualité à l'échelon de la Flandre .....</b>                                                                                   | <b>28</b> |
| <b>Chapitre 3. La qualité en Wallonie et à Bruxelles .....</b>                                                                                  | <b>29</b> |
| <b>Chapitre 4. L'appréhension de la qualité par l'Union européenne .....</b>                                                                    | <b>31</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . La Commission européenne.....                                                                                        | 31        |
| Section 2. Le Conseil de l'Union européenne.....                                                                                                | 31        |
| Section 3. Le Conseil de l'Union européenne et le Parlement européen .....                                                                      | 32        |
| Section 4. Les initiatives ponctuelles .....                                                                                                    | 32        |
| <b>Chapitre 5. L'intervention internationale .....</b>                                                                                          | <b>33</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . L'organisation mondiale de la santé .....                                                                            | 33        |

|                                                         |           |
|---------------------------------------------------------|-----------|
| Section 2. Les normes ISO .....                         | 34        |
| Section 3. Autres organisations .....                   | 36        |
| <b>Chapitre 6. Prémices d'accréditation .....</b>       | <b>36</b> |
| <b>Chapitre 7. Prise de recul et avis critique.....</b> | <b>37</b> |

### **Troisième partie. Regard sur le monde : quand l'accréditation prend différentes**

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>nationalités.....</b> | <b>38</b> |
|--------------------------|-----------|

|                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Chapitre 1<sup>er</sup>. Historique de l'accréditation : de hier à aujourd'hui.....</b> | <b>39</b> |
| <b>Chapitre 2. Comparaison des référentiels .....</b>                                      | <b>40</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . Les similitudes .....                                           | 41        |
| Section 2. Les atouts et les points faibles.....                                           | 42        |
| a) Expérience des organismes d'accréditation.....                                          | 42        |
| b) Accessibilité et compréhension du référentiel.....                                      | 43        |
| c) Implication du personnel hospitalier et des acteurs gravitant autour de l'hôpital ..... | 43        |

### **Quatrième partie. L'accréditation et la Belgique : pour le meilleur ou pour le pire ?.....44**

|                                                                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Chapitre 1<sup>er</sup>. L'aspect normatif de l'accréditation : plus de normes en vue d'un hôpital meilleur ? .....</b> | <b>45</b> |
| <b>Chapitre 2. Les éléments probants : l'accréditation comme gage de qualité .....</b>                                     | <b>47</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . La preuve de l'efficience : un déficit à combler.....                                           | 47        |
| Section 2. La qualité et l'excellence : le positionnement actuel des hôpitaux belges.....                                  | 49        |
| <b>Chapitre 3. La face politique de l'accréditation : paysage institutionnel belge .....</b>                               | <b>52</b> |
| <b>Chapitre 4. La qualité n'a pas de prix, mais elle a un coût : perspective financière.....</b>                           | <b>54</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . Etat des lieux sur l'aspect financier de l'accréditation.....                                   | 54        |
| Section 2. Elaboration d'une perspective financière en Belgique.....                                                       | 55        |
| <b>Chapitre 5. L'accréditation du point de vue de la transparence.....</b>                                                 | <b>56</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . Les aspirations.....                                                                            | 56        |
| Section 2. Positionnement sur la thématique de la transparence.....                                                        | 57        |
| <b>Chapitre 6. L'accueil de l'accréditation au sein de l'hôpital.....</b>                                                  | <b>58</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . Le débat de l'accréditation au sein des professionnels de la santé.....                         | 58        |
| a) Des questions, des attentes et des craintes.....                                                                        | 58        |
| b) Les pistes d'analyse .....                                                                                              | 60        |
| 1. La structure de l'hôpital.....                                                                                          | 60        |
| 2. L'hôpital : une entreprise.....                                                                                         | 62        |
| 3. La nécessité d'un changement au sein de la culture hospitalière.....                                                    | 64        |
| Section 2. Les avis des patients.....                                                                                      | 65        |

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| Section 3. La mise en place de l'accréditation .....                 | 67        |
| <b>Chapitre 7. L'accréditation belge : aspects procéduraux .....</b> | <b>71</b> |
| Section 1 <sup>ère</sup> . L'organisme d'accréditation .....         | 71        |
| a) Le questionnement en cours .....                                  | 71        |
| b) Positionnement sur la question .....                              | 71        |
| Section 2. Les étapes de l'accréditation .....                       | 73        |
| a) La demande .....                                                  | 73        |
| b) L'auto-évaluation .....                                           | 74        |
| c) La visite d'accréditation .....                                   | 74        |
| d) Le rapport d'accréditation .....                                  | 75        |
| e) La poursuite de la démarche d'amélioration .....                  | 76        |
| <b>Conclusion .....</b>                                              | <b>76</b> |
| <b>Annexe .....</b>                                                  | <b>81</b> |
| <b>Bibliographie .....</b>                                           | <b>84</b> |





## Un chaleureux merci

à **ma promotrice**, la Professeur Geneviève SCHAMPS, pour avoir accepté que je réalise mon Mémoire sur un sujet qui me tenait à cœur, mais aussi pour sa passion du droit et son humanité. Aussi, il devient rare de rencontrer une personne si brillante qui garde comme point d'orgue de rester simple et accessible ;

aux nombreux **professionnels de la santé** qui ont consacré du temps afin de me faire part de leur expérience, et m'ont permis, au fil des discussions, de faire évoluer mes opinions ;

à **ma famille**, et plus spécialement à **ma maman** qui m'a apporté un soutien inconditionnel, aussi bien moral que financier, tout au long de mon *cursus* universitaire. Sa présence et les valeurs qu'elle a su m'inculquer sont les piliers fondateurs de ce que je suis aujourd'hui ;

à **ma grand-mère** qui a toujours cru en moi, et qui a passé de longues heures de sa vie à écouter patiemment mes projets les plus fous ;

à **mes amis** de longue date, et à mes amies rencontrées sur les bancs de l'Université, sans oublier la belle équipe du Concours de plaidoirie bulgare ;

à **mes cokoteurs**, toutes années confondues, qui se sont révélés être de superbes rencontres, et plus particulièrement à d'une part, mon Kot-à-Projet qui, avec cette question récurrente « *quand est-ce que tu finis ton Mémoire ?* », m'a permis, dans la bonne humeur, de ne jamais dévier de mon objectif final ; et d'autre part, à Laura GOSSING avec qui j'ai partagé le plus d'années sous le même toit, et qui a eu le don d'en faire un si beau souvenir ;

à tous ceux qui ont, de près ou de loin, croisé ma route, durant cette belle page de vie à Louvain-la-Neuve.

### Liste des abréviations

|            |                                                                                                    |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACI        | Accreditation Canada International                                                                 |
| AGENAS     | AGENnzia NAzionale per i Servizi Sanitari regionali                                                |
| CEN        | Comité Européen de Normalisation                                                                   |
| CIPIQ'S    | Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité dans le domaine de la Santé |
| CNEH       | Conseil National des Etablissements Hospitaliers                                                   |
| EHMA       | European Health Management Association                                                             |
| ESQH       | European Society for Quality in Healthcare                                                         |
| FIH        | Fédération des Institutions Hospitalières                                                          |
| FNAMS      | Fédération Nationale des Associations Médico-Sociales                                              |
| GRI QUASAR | Groupe de Recherche Interdisciplinaire QUALity and Safety Ressources                               |
| HAS        | Haute Autorité de Santé                                                                            |
| ISO        | Organisation internationale de normalisation                                                       |
| ISQua      | International Society for Quality in Health Care                                                   |
| JCAH       | Joint Commission on Accreditation of Hospital                                                      |
| JCI        | Joint Commission International                                                                     |
| KCE        | Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé                                                      |
| LUSS       | Ligue des Usagers des Services de Santé                                                            |
| MC         | Mutualité Chrétienne                                                                               |
| MQW        | Mouvement Wallon pour la Qualité                                                                   |
| NIAZ       | Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg                                                  |
| OCDE       | Organisation de Coopération et de Développement Economiques                                        |
| OMS        | Organisation Mondiale de la Santé                                                                  |
| PAQS       | Plate-forme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients    |

|        |                                                                  |
|--------|------------------------------------------------------------------|
| PATH   | Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals |
| PDCA   | Plan-Do-Check-Act                                                |
| SPF    | Service Public Fédéral                                           |
| UNICEF | Fonds des Nations unies pour l'enfance                           |



## **Introduction**

La qualité des soins et la sécurité du patient constituent des priorités absolues pour les prestataires de soins, la politique des soins de santé et les hôpitaux en Belgique. Bien que notre pays constitue un exemple pour la qualité de ses soins de santé, il n'existe pas encore en Belgique de mesure systématique de la qualité des établissements hospitaliers.

Cependant, l'évolution de la société conjugée à la réforme du système de santé provoquent des attentes nouvelles au sein du plat pays. En effet, différentes expectatives sont présentes au sein de la population, des dirigeants politiques, mais aussi au cœur du corps professionnel médical lui-même. Tout d'abord, la population aspire à une meilleure information sur la qualité et la sûreté des soins, mais également sur la compétence des professionnels. Ensuite, les acteurs sociétaux et les dirigeants politiques enjoignent une plus ample responsabilisation des professionnels pour ce qui est de l'efficacité et de la gestion des coûts. Enfin, les professionnels appètent une autorégulation et une amélioration de leurs pratiques. Ceci renforce l'intérêt pour l'accréditation qui devient de plus en plus vif.

En effet, en Flandre, cinquante-neuf hôpitaux se sont essayés à l'accréditation de façon volontaire. Ceci a été encouragé par les autorités publiques et s'est fait en contrepartie d'une inspection moins lourde. *A contrario*, malgré la signature de contrats avec des organismes d'accréditation pour quelques établissements hospitaliers, aucune décision en faveur de l'accréditation n'a été mise en place en Wallonie et à Bruxelles.

L'accréditation peut se révéler être un instrument industriel dans le but d'offrir un substrat, qui permettra une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de santé. La Belgique, attentive à conserver un regard avisé sur le monde, est consciente de la montée en puissance du processus accréditaire. Et pourtant, bien que l'accréditation ait réussi à s'imposer dans beaucoup d'états, beaucoup d'interrogations persistent quant à sa mise en place en Belgique. L'introduction de l'accréditation suscite en effet bien des attentes, mais aussi des craintes. Les questions que pose ce mécanisme ont suscité notre intérêt. Au regard de l'état d'avancement du mécanisme d'accréditation des hôpitaux à l'échelon international, le moment semble opportun pour analyser la faisabilité de ce mécanisme au sein de notre contrée.

C'est pourquoi, nous sommes animée par la volonté d'apporter un éclaircissement sur les objectifs poursuivis par l'approche accréditaire, mais aussi sur les exigences, souvent mal appréhendées, qu'elle impose. Nous nourrissons l'expectative que le lecteur de notre analyse sortira, pas à pas, de la confusion et du sentiment d'inaccessibilité qu'engendre, *ab ovo*, l'accréditation. Nous invitons donc ce dernier à se laisser guider dans le chemin balisé pour lui au cours de ces derniers dix-huit mois, et à laisser évoluer ses opinions au fil de la construction de notre analyse. Lorsque notre intérêt s'est éveillé pour l'accréditation hospitalière, malgré les zones d'inconnu entourant celle-ci et la multitude d'aspects techniques sur le sujet qu'il nous fallait encore intégrer, nous éprouvions un sentiment positif face à cette dernière. Il nous apparaissait que l'accréditation avait quelque chose de tangible à offrir à nos hôpitaux belges. La première impression est-elle toujours la meilleure ? Au fil des recherches, des lectures et des rencontres, notre avis a mûri : nous laissons découvrir au lecteur l'évolution de notre impression initiale, et la mise en lumière que nous proposons sur les incertitudes belges qu'engendre l'accréditation.

Par ailleurs, notons que l'accréditation est une thématique très large, qui englobe une multitude de domaines. Dans le cadre des limites qui nous ont été assignées pour ce travail, nous ne pourrions prétendre à l'exhaustivité. Néanmoins, loin de nous la volonté de rester en surface du sujet, ce travail a été élaboré en vue de donner une nouvelle perspective à l'accréditation. Aussi, nous mettrons à disposition du lecteur des éléments bibliographiques qui, s'il le souhaite, lui permettront d'alimenter plus amplement ses connaissances en la matière.

Une première partie déclinera les différents concepts entrant dans la problématique. Ensuite, dans une seconde partie, il sera question des mécanismes existant à l'heure actuelle en vue de garantir la qualité des soins au sein des hôpitaux belges. La troisième partie questionnera la réalité par le biais des mécanismes d'accréditation mis en place dans divers états. Enfin, l'ultime partie fera l'objet de propositions d'actions, en terme d'accréditation, pour les établissements hospitaliers belges. En effet, nous nous attèlerons à proposer un mécanisme d'accréditation en Belgique s'inspirant des modèles étrangers développés au sein de la partie qui précède, tout en veillant à l'adapter à la culture et aux spécificités du système hospitalier belge. Le but ultime de notre analyse est de proposer une voie vers l'accréditation qui pourrait être mise en place de façon effective.

Il nous semble opportun que notre travail de fin d'études ne dévoile pas seulement notre opinion, mais qu'il soit également emprunt de notre personnalité. Passionnée par la langue française, nous envisageons la lecture comme une liberté, et nous désirons offrir au lecteur la possibilité d'aller chercher cette émotion : cette analyse sera donc agrémentée de passages d'ouvrages, loin d'être choisis au hasard : ceux-ci permettront d'ouvrir une nouvelle dimension de réflexion. Notre analyse critique et personnelle sera distillée tout au long de cette contribution juridique : celle-ci se construira au fur et à mesure que progressera l'histoire de l'accréditation, et que s'organiseront, autour de ce récit, les protagonistes, les rebondissements et les péripéties, la description de l'atmosphère, et bien sûr le dénouement. Nous souhaitons d'ores et déjà au lecteur une agréable immersion dans l'univers accréditaire.

### **Première partie : Cadre conceptuel : définition des thèmes mobilisés**

« *N'est-ce pas une chose remarquable que plus un objet est simple, moins on puisse le définir ?* », Antoine DE RIVAROL, *L'esprit de Rivarol*.

Afin que l'accréditation soit appréhendée de la manière la plus limpide possible, il est indispensable de débiter cette analyse en la définissant, mais aussi en apportant une précision aux concepts qui lui sont intimement liés. En effet, nous nous pencherons sur la thématique des démarches qualité, mais aussi sur le lieu où l'accréditation prend vie, à savoir les hôpitaux. Bien que la qualité et les hôpitaux font partie du quotidien de tout un chacun, il n'en reste pas moins que beaucoup restent mal informés face à ces deux réalités. Néanmoins, nous resterons volontairement concis sur ces définitions, en se limitant aux éléments utiles à la compréhension de ce travail.

### **Chapitre 1<sup>er</sup>. Définition des démarches qualité**

« *On ne peut pas définir la qualité, on la reconnaît quand on la voit.* », Henry MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations*.

Afin de concevoir pleinement ce que renferme le vocable « *démarches qualité* » dans le cadre des soins de santé, il est nécessaire de se pencher sur ce qu'il signifie dans un **cadre plus général**.

Bien que la signification première de la qualité s'identifie à la caractéristique, ou à l'attribut, d'un objet, la qualité peut aussi s'entendre comme un ensemble de propriétés soumis au jugement d'un potentiel récepteur, c'est-à-dire d'un consommateur. Alors que la première appréhension du terme qualité ne se rapporte qu'au produit ou au service, la deuxième approche tend à définir la qualité comme étant évaluée par rapport aux attentes du consommateur. L'évolution de la définition, et la naissance du concept d'attente sont particulièrement bien illustrées au sein du concept de la qualité énoncée par la norme ISO 8402 qui la décrit comme « *un ensemble de propriétés et caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins (...)* »<sup>1</sup>.

En vue de satisfaire aux attentes du consommateur, les organisations ont dû mettre en place des procédés : les **démarches qualité** ont alors vu le jour. Ainsi, un glissement de définition s'est opéré : la qualité a pu être appréhendée comme recouvrant les moyens mis en œuvre en vue d'atteindre une bonne qualité des produits et des services. Autrement dit, du contrôle strict de la qualité, nous sommes entrés dans l'ère de la qualité, comme mode de management des organisations, qui intègre la production au contrôle. Par conséquent, la volonté d'amélioration ne concerne plus la qualité seule, mais aussi le rendement du processus de production. C'est le taylorisme qui a provoqué l'apparition de ces démarches qualité, de par sa systématisation d'un ensemble de méthodes à valeur universelle. Notons cependant que F.W. TAYLOR visait davantage l'amenuisement des coûts que la qualité finale des produits<sup>2</sup>.

*In fine*, la qualité ne s'identifie plus seulement au degré de performance d'un produit ou d'un service, mais aussi à une capacité d'adéquation entre les demandes du client et les exigences internes de l'organisation.

Au fil du temps, les démarches qualité ont pris place dans divers domaines, dont celui de la **santé**. Au sein des établissements de soins se sont mises en place des politiques internes de gestion de la qualité : les démarches qualité<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> F. MISPELBLOM BEYER et P. TRIPIER, *Au-delà de la qualité : démarches qualité, conditions de travail et*

<sup>2</sup> *Idem*, p. 45.

<sup>3</sup> P. LAURENS, « Qualité et organisation : la preuve par la communication », *Sciences de la société*, 2000, n° 50, p. 248.



Pour ce qui est plus particulièrement de la qualité au sein des établissements de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit cette dernière comme le fait de « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* »<sup>4</sup>.

La compréhension des démarches qualité étant possible, notre Mémoire pourra désormais analyser la façon dont l'accréditation envisage cette approche de la qualité.

## **Chapitre 2. Définition de l'hôpital**

« *If you want truly to understand something, try to change it.* »<sup>5</sup>, Kurt LEWIN, *A dynamic theory of personality*.

L'hôpital, lieu où le changement est susceptible de s'opérer de par les démarches accréditaires, se doit d'être compris. Hospitalisation, consultation, accouchement, admission aux urgences : les occasions de se rendre à l'hôpital sont nombreuses, et pourtant nous constatons qu'il est malaisé de prendre conscience de l'envergure et de la dynamique de ces institutions. Dès lors, avant de s'aventurer au cœur de notre sujet, il est capital d'appréhender au mieux l'institution dans laquelle les démarches accréditaires prennent vie.

Afin d'apporter une définition de l'hôpital, notre analyse se basera sur la structure rationnelle établie par le législateur, et plus particulièrement la distinction opérée par la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, adoptée par le législateur belge en date du 10 juillet 2008<sup>6</sup>.

Puisque l'accréditation peut être mise en place dans tout type d'hôpital, nous offrirons uniquement une définition de l'hôpital général, ainsi que de l'hôpital universitaire et à caractère universitaire, car ce sont les établissements les plus couramment rencontrés.

---

<sup>4</sup> X., *Des soins de qualité*, disponible sur : [http://search.who.int/search?q=qualité&ie=utf8&site=default\\_collection&client=\\_fr\\_r&proxystylesheet=\\_fr\\_r&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8](http://search.who.int/search?q=qualité&ie=utf8&site=default_collection&client=_fr_r&proxystylesheet=_fr_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8).

<sup>5</sup> Traduction : « *Si vous voulez vraiment comprendre quelque chose, essayez de le changer* ».

<sup>6</sup> Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

Notons qu'à côté de ces catégories, il existe également des hôpitaux spécialisés, gériatriques, mais aussi psychiatriques.

### **Section 1<sup>ère</sup>. L'hôpital général**

La notion d'hôpital général a tout d'abord été appréhendée par le législateur dans une loi du 23 décembre 1963<sup>7</sup>, avant d'être peaufinée au sein de la loi sur les hôpitaux du 7 août 1987<sup>8</sup>. Actuellement, c'est à cette définition qu'il faut nous référer, celle-ci ayant été reprise expressément dans la loi du 10 juillet 2008<sup>9</sup>. En conservant les éléments principaux de cette dernière définition, la doctrine définit l'hôpital comme étant « *un établissement de soins où des examens et des traitements spécifiques relevant de la médecine spécialisée sont dispensés à des patients qui, en principe, y séjournent* »<sup>10</sup>.

Si la notion d'hôpital a évolué ces dernières années, c'est grâce à deux axes : l'organisation de la dispensation des soins et l'hébergement<sup>11</sup>. Si l'hébergement était auparavant une caractéristique essentielle de la notion d'hôpital, ce n'est plus le cas aujourd'hui puisqu'il existe des hôpitaux de jour<sup>12</sup>. De plus, il est important de remarquer que l'article 2 de la loi du 10 juillet 2008 précise que le séjour doit être possible mais non obligatoire pour pouvoir parler d'hôpital.

Pour qu'un établissement puisse être qualifié d'hôpital général, plusieurs exigences sont à remplir. Nous ne les expliciterons pas plus en détail dans le cadre de cette analyse juridique, mais ces dernières sont répertoriées dans l'arrêté royal du 30 janvier 1989<sup>13</sup>.

---

<sup>7</sup> Loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, art. 1<sup>er</sup>, § 2, *M.B.*, 1<sup>er</sup> janvier 1964, p. 2 définit les hôpitaux généraux comme suit : « *établissements comportant un ou plusieurs services d'examen et de traitement et dans lesquels des personnes sont admises à séjourner aux fins d'y subir un examen ou un traitement médical, chirurgical ou obstétrical (...)* ».

<sup>8</sup> Loi coordonnée du 7 août 1987 sur les hôpitaux, art. 2, *M.B.*, 7 octobre 1987, p. 14652 appréhende les hôpitaux généraux de cette façon : « *les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais (...)* ».

<sup>9</sup> Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 2, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.

<sup>10</sup> P. THIEL, « Les hôpitaux en Belgique - Fonctionnement et financement », *Rev. dr. Santé*, 2000, p. 19.

<sup>11</sup> J. MASSION, « Définitions et champ d'application », in *Guide de droit hospitalier*, Bruxelles, Kluwer, 2007, p. 12.

<sup>12</sup> P. THIEL, *Manuel de droit hospitalier*, Bruxelles, Kluwer, 2004, p. 25.

<sup>13</sup> A.R. du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, art. 2, *M.B.*, 21 février 1989, p. 2967.

Notons qu'un hôpital général peut également offrir les services de gériatrie, de maternité, de pédiatrie et de neuropsychiatrie<sup>14</sup>.

## Section 2. Les hôpitaux universitaires et à caractère universitaire

La particularité des hôpitaux universitaires réside dans le fait qu'en plus de prodiguer des soins, ils ont des objectifs de recherche et d'enseignement<sup>15</sup>. Comme l'a indiqué la Cour des comptes, les hôpitaux universitaires ont la spécificité de remplir une « *triple fonction* » : en plus des soins à prodiguer au patient (ce qui représente la fonction première de tout hôpital), ils assument aussi la formation continue des professionnels de la santé, et contribuent au développement et à l'évaluation des nouvelles technologies médicales<sup>16</sup>.

Tandis que l'arrêté royal du 10 août 2005<sup>17</sup> désigne les sept hôpitaux universitaires belges<sup>18</sup>, l'arrêté royal du 7 juin 2004<sup>19</sup> énumère les conditions auxquelles doit satisfaire un hôpital désigné comme hôpital universitaire.

Il est important de différencier les hôpitaux universitaires des hôpitaux à caractère universitaire. Chaque université ne peut disposer que d'un seul hôpital universitaire<sup>20</sup>. Cependant, il existe pourtant des **hôpitaux dits « à caractère universitaire »**, qui prodiguent l'ensemble des soins à l'image des hôpitaux généraux, mais collaborent par ailleurs avec des hôpitaux universitaires du point de vue de la formation et des soins spécialisés<sup>21</sup>. Aussi, selon Benoît HALLET, Directeur général adjoint du CHU Namur Godinne jusqu'à mai 2015, la seule chose qui diffère, entre un hôpital universitaire et un hôpital général, est l'existence d'un taux d'encadrement supérieur pour les pathologies plus rares et pour les pathologies nécessitant de bénéficier d'un protocole d'expérimentation dans les hôpitaux universitaires<sup>22</sup>.

---

<sup>14</sup> A. CROMMELYNCK, K. DEGRAEVE et D. LEFEBVRE, « L'organisation et le financement des hôpitaux », *MC-Informations*, septembre 2013, n° 253, p. 7.

<sup>15</sup> P. THIEL, *Manuel de droit hospitalier*, op. cit., p.30.

<sup>16</sup> 159<sup>e</sup> cahier d'observations adressé par la Cour des comptes au Parlement de la Communauté française, *Doc. Parl.*, Parl. Comm. Fr., sess. 2002-2003, n° 350/1, p. 53, disponible sur : [https://www.ccrek.be/docs/159e\\_14e\\_c\\_obs\\_c\\_fr.pdf](https://www.ccrek.be/docs/159e_14e_c_obs_c_fr.pdf).

<sup>17</sup> A.R. du 10 août 2005 désignant des hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire, art. 1<sup>er</sup>, *M.B.*, 12 septembre 2005, p. 39777.

<sup>18</sup> CHU Liège, UZ Antwerpen, UZ Gent, UZ KULeuven, CU Erasme, CU Saint Luc et AZ VUB.

<sup>19</sup> A.R. du 7 juin 2004 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital universitaire, de service hospitalier universitaire, fonction hospitalière universitaire ou programme de soins hospitalier universitaire, *M.B.*, 10 août 2004, p. 59511.

<sup>20</sup> Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 4.

<sup>21</sup> D. FORNACIARI, S. CALLENS et E. SCHOKKAERT, *Ziekenhuizen, mededingingsrecht en recht op kwaliteitsvolle zorg*, Anvers, Intersentia, 2010, p. 39.

<sup>22</sup> Benoît HALLET : entretien du 14 mars 2014.

### **Chapitre 3. Définition de l'accréditation**

« *A definition is the enclosing wilderness of idea within a wall of words.* »<sup>23</sup>, Samuel BUTLER, *Nouveaux voyages en Erewhon*.

Il nous semble judicieux de proposer une définition englobant les critères communs à tous les systèmes d'accréditation : l'accréditation hospitalière correspond à un processus d'évaluation externe s'avérant souvent être réalisé sur une base volontaire<sup>24</sup>. Elle s'identifie à une initiative professionnelle par laquelle un hôpital démontre qu'il ne met point à mal, dans son organisation et dans ses actions, des exigences formalisées et répertoriées dans un manuel (le référentiel), soumis par un organisme d'accréditation. Les exigences, évaluées sur base d'indicateurs, concernent tant les procédures et les bonnes pratiques hospitalières, que les résultats et les activités de l'établissement. Le fonctionnement de l'hôpital, ainsi que les thématiques relatives à l'information et la participation du patient, font l'objet du contrôle<sup>25</sup>.

*In fine*, nous pouvons extraire de cette définition l'essence même de l'accréditation : cette dernière est basée sur le postulat selon lequel il y aurait un synchronisme entre l'adéquation au référentiel et la qualité des soins des établissements hospitaliers. Ainsi, s'assurer de la conformité au référentiel reviendrait à faire régner la qualité<sup>26</sup>.

### **Deuxième partie. Le temps de l'introspection : présentation des mécanismes existants pour assurer la qualité des soins en Belgique**

« *Que la santé immortelle descende du ciel pour avoir soin de tous vos jours !* », Voltaire, *Zadig ou la destinée*.

Le mécanisme accréditaire ayant pour objectif d'être un levier de la démarche qualité et sécurité, il est nécessaire de dresser un état des lieux des principales techniques existantes, afin de garantir la qualité des soins en Belgique.

---

<sup>23</sup> Traduction : « *Définir, c'est entourer d'un mur de mots un terrain vague d'idées* ».

<sup>24</sup> A. JACQUERYE et A.-F. PAUCHET-TRAVERSAT, « L'accréditation, une opportunité ou une contrainte pour le département en soins infirmiers ? », in *La qualité des soins infirmiers*, Paris, Maloine, 1999, pp. 218-241.

<sup>25</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *Hospitals - Revue officielle de l'Association Belge des hôpitaux*, janvier-mars 2014, n° 12, p. 8.

<sup>26</sup> B. AL AWA, A. JACQUERYE et A. ALMAZROOA, « Comparison of patient safety and quality of care indicators between pre and post accreditation periods in King Abdulaziz University Hospital », *Research Journal of Medical Sciences*, 2011, n° 5, pp. 61-66.

Il est, en effet, indispensable de percevoir le paysage qualitatif, et ce afin de solutionner notre question de base relative à la capacité de l'accréditation à stimuler la qualité des soins. Notons d'ores et déjà que ce paysage est tellement vaste que nous nous bornerons à présenter, de façon synthétique, les principaux mécanismes de qualité. Par souci de compréhension et de logique, une dichotomie sera opérée entre d'une part, les instruments belges, européens et internationaux visant la qualité des soins en Belgique, mais ne relevant guère de l'accréditation, et d'autre part, les prémices de processus accréditaires se mettant en place en Belgique.

## **Chapitre 1<sup>er</sup>. Les initiatives belges au niveau fédéral**

« *Quality is never an accident. It is always the result of intelligent effort.* »<sup>27</sup>, John RUSKIN, *Modern Painters*.

### **Section 1<sup>ère</sup>. La loi organique sur les hôpitaux dans l'Etat fédéral belge**

La loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux est une loi fédérale. En effet, c'est au législateur fédéral que revient le soin d'organiser les règles organiques des établissements hospitaliers<sup>28</sup>. Dans le cadre de cette analyse, il est important de cerner le champ d'application de cette loi, et la prise en charge de la dimension qualité qu'elle effectue.

#### **a) Champ d'application**

En vertu de son article 1<sup>er</sup>, le champ d'application de cette loi s'étend aux hôpitaux généraux, aux hôpitaux psychiatriques ainsi qu'aux hôpitaux universitaires<sup>29</sup>. Par conséquent, les homes pour personnes âgées et les homes pour enfants en sont exclus<sup>30</sup>. Cependant, le Roi peut étendre en tout ou en partie les dispositions de ladite loi à ces institutions<sup>31</sup>.

Notons, que le Roi dispose de la possibilité d'aménager certaines adaptations, en étendant la loi à d'autres catégories<sup>32</sup>, ou en soustrayant les petits hôpitaux<sup>33</sup> à certaines dispositions légales que la loi énumère<sup>34</sup>.

---

<sup>27</sup> Traduction : « *La qualité n'est jamais un accident ; c'est toujours le résultat d'un effort intelligent* ».

<sup>28</sup> Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, art. 5, § 1<sup>er</sup>, I, 1, a), *M.B.*, 15 septembre 1980, p. 9434.

<sup>29</sup> Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 1<sup>er</sup>-3.

<sup>30</sup> Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 5.

<sup>31</sup> *Ibidem*.

<sup>32</sup> Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 6, 11, 12 et 14.

<sup>33</sup> Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, art. 7.

<sup>34</sup> *Ibidem*.

## b) Prise en charge de la dimension qualité

### 1. L'évaluation interne et externe

En vertu des articles 20 et 25 de la loi sur les hôpitaux, la présence d'une évaluation qualitative interne et externe est à noter, aussi bien pour l'activité infirmière, que pour l'activité médicale. Le Roi est venu compléter ces dispositions légales<sup>35</sup>. Ainsi, tandis que l'arrêté royal du 27 avril 2007, en ses articles 2 et 3, rappelle que la responsabilité finale de l'évaluation interne de la qualité de l'activité infirmière incombe au chef du département infirmier, il mentionne aussi que son évaluation externe revient au Conseil fédéral<sup>36</sup>. Ce dernier a pour mission de systématiser les démarches d'amélioration de cette qualité de l'activité infirmière en vue de mettre en exergue les pratiques communes ayant prouvé leur bien-fondé<sup>37</sup>. La logique est la même pour ce qui est de l'activité médicale : l'évaluation interne est prise en charge par le médecin en chef<sup>38</sup>, tandis que l'évaluation externe est assurée par les Collèges des médecins<sup>39</sup>, avec pour objectif la promotion de la qualité dans leurs spécialités respectives<sup>40</sup>. Ceux-ci ont été créés au sein du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, dont il sera question ci-dessous.

Notons que l'évaluation interne comprend des audits internes, mais pas uniquement. Le médecin chef doit aussi promouvoir la qualité à l'hôpital<sup>41</sup> et prendre les initiatives nécessaires pour améliorer celle-ci<sup>42</sup>. Cette promotion de la qualité doit aussi être assurée, au sein de son service, par le médecin chef de service, ainsi qu'au sein de l'activité du staff médical<sup>43</sup>.

---

<sup>35</sup> A.R. du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, *M.B.*, 25 mars 1999, p. 9552 ; A.R. du 27 avril 2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux, *M.B.*, 4 juin 2007, p. 30200.

<sup>36</sup> A.R. du 27 avril 2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux, art. 4-12.

<sup>37</sup> X., *Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière*, disponible sur : [http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/CouncilsandCommissions/FederalCouncilonthequalityofth/18080837\\_FR?ie2Term=staff?&fodnlang=fr#.Va1QXBYrVG](http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/CouncilsandCommissions/FederalCouncilonthequalityofth/18080837_FR?ie2Term=staff?&fodnlang=fr#.Va1QXBYrVG).

<sup>38</sup> A.R. du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, art. 2 et 3.

<sup>39</sup> A.R. du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, art. 5-8.

<sup>40</sup> X., *Collège des médecins*, disponible sur : <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Doctorscolleges/index.htm?fodnlang=fr#.Va1ULhYrVGg>.

<sup>41</sup> A.R. du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'Arrêté royal du 7 août 1987, art. 3, *M.B.*, 25 décembre 1987, p. 19511.

<sup>42</sup> A.R. du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'Arrêté royal du 7 août 1987, art. 5, 8°.

<sup>43</sup> A.R. du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'Arrêté royal du 7 août 1987, art. 20, § 1<sup>er</sup>.

## 2. Le Conseil médical

Conformément à l'article 136 de la loi précitée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux, le Conseil médical, organe représentant les médecins hospitaliers, doit favoriser et évaluer de façon permanente la qualité de la médecine pratiquée à l'hôpital.

## 3. L'agrément et la programmation

Tout d'abord, soulignons que nous présentons l'agrément et la programmation simultanément car ils sont intimement liés. En effet, pour qu'une composante d'un établissement hospitalier (ou l'établissement hospitalier lui-même) puisse être agréée, il faut qu'elle soit reprise dans les critères de programmation. Les conditions relatives à la programmation se distinguent donc de celles qui concernent l'agrément. En effet, la programmation concerne notamment le nombre et la répartition de lits hospitaliers, alors que les conditions d'agrément visent le fonctionnement de l'établissement hospitalier en tant que tel<sup>44</sup>. Afin d'appréhender au mieux ces notions, nous les définirons, avant de présenter les objectifs qu'elles poursuivent. Nous ne nous appesantirons cependant pas sur le contenu des dispositions légales : nous préférerons en effet la réflexion à la description.

À l'heure actuelle, l'**agrément** est le principal mécanisme juridique veillant à la qualité des soins au sein des hôpitaux belges. Il s'apparente davantage à une procédure administrative, alors que l'accréditation va plus loin dans le sens où il y a une reconnaissance de la qualité par un organisme tiers. Tandis que l'agrément a pour objectif de garantir la qualité sur base du respect de normes fonctionnelles et structurelles, l'accréditation concentre l'évaluation de la qualité sur les procédures et les résultats des soins prodigués<sup>45</sup>.

L'agrément peut se définir comme l'acte administratif permettant à l'hôpital d'exister. Pour pouvoir exploiter un établissement hospitalier (ou une de ses composantes), il faut obtenir, au préalable, un agrément. La matière est organisée aux articles 66 à 82 de la loi de 2008 sur les hôpitaux. Ces dispositions légales habilitent le Roi à établir les conditions d'agrément, ce qui signifie que de nombreux arrêtés royaux définissent ces dites normes<sup>46</sup>.

---

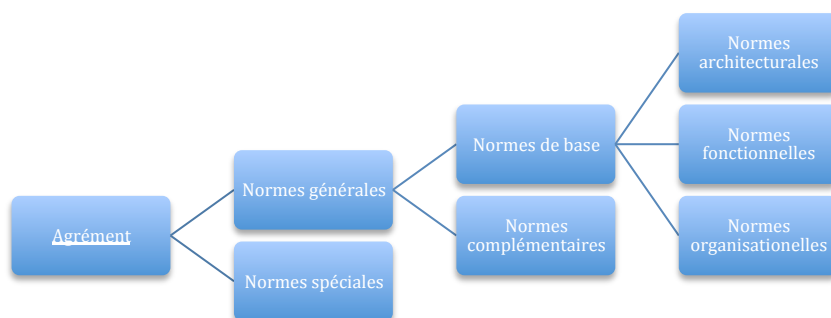
<sup>44</sup> C.E., 8 janvier 2002, n°102.421, disponible sur <http://www.raadvst-consetat.be/Arrets/102000/400/102421.pdf#xml=http://www.raadvst-consetat.be/apps/dtsearch/getpdf.asp?DocId=381&Index=c%3a%5csoftware%5cdtsearch%5cindex%5carrets%5f%5c&HitCount=1&hits=25b9+&77121220153023>.

<sup>45</sup> A. CROMMELYNCK, K. DEGRAEVE et D. LEFEBVRE, « L'organisation et le financement des hôpitaux », *op. cit.*, p. 8.

<sup>46</sup> D. FORNACIARI, S. CALLENS et E. SCHOKKAERT, *Ziekenhuizen, mededingingsrecht en recht op kwaliteitsvolle zorg*, *op. cit.*, p. 42.

Divers arrêtés royaux sont pertinents, mais les principaux sont ceux du 23 octobre 1964<sup>47</sup> et du 30 janvier 1989<sup>48</sup>.

En outre, il convient de savoir qu'il faut distinguer les normes générales (qui font l'objet de l'art. 66) des normes spéciales (qui font l'objet de l'art. 67). Les normes générales se subdivisent elles-mêmes en normes de base et en normes complémentaires<sup>49</sup>. Nous expliciterons uniquement les **normes de base** car elles sont directement en lien avec le propos qui nous occupe. Ces dernières sont définies par les annexes de l'arrêté royal du 23 octobre 1964. Ces normes sont articulées en trois volets : elles représentent des exigences architecturales, fonctionnelles et organisationnelles qui entendent garantir l'hygiène, la sécurité, et la qualité des soins. En vue de rendre plus accessible la façon dont est organisé l'agrément, nous avons construit un schéma articulé sur base des normes qui le composent :



Concernant les normes architecturales, nous constatons qu'elles sont relatives aux bâtiments en général. Nous pouvons citer, à des fins d'illustration, l'exigence de construction de l'hôpital dans un endroit tranquille et salubre, l'obligation d'entretien du bâtiment, la ventilation et l'éclairage convenable dans tous les locaux. Quant aux normes fonctionnelles, elles imposent notamment d'agencer l'hôpital de manière à ce qu'il soit facilement accessible en ambulance, de situer adéquatement la cuisine afin de permettre une distribution facile et rapide, et de tenir un dossier médical à jour. Enfin, les normes organisationnelles concernent l'organisation quotidienne des activités. Elles visent, par exemple, l'obligation pour le personnel d'observer des mesures d'asepsie et d'hygiène ainsi que la nécessité d'établir un règlement d'ordre intérieur organisant les visites aux malades.

<sup>47</sup> A.R. du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964, p. 11709.

<sup>48</sup> A.R. du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, *M.B.*, 21 février 1989, p. 2967.

<sup>49</sup> R. CUYPERS, M. DILLEN, T. DE GENDT, S. D'HUYS, G. GOVAERTS, L. HELLEMANS, H. NYS, S. OSSIEUR, E. VAN DEN EEDEN et H. VAN DYCK, *Zakboekje voor het ziekenhuis – Arts en management*, Brussel, Kluwer, 2014, p. 112.



Nous remarquons que la réglementation est très exigeante sur certains points. Ainsi, il semble logique qu'un hôpital doive être facilement accessible par une ambulance. Toutefois, si nous observons plus en profondeur, nous remarquons que le Roi n'a pas lésiné sur les détails. Voici quelques éléments qui ont retenu notre attention : les objets qui peuvent facilement réceptionner la poussière sont proscrits, de même que les angles droits au sol (ils doivent être arrondis), les lits doivent être disposés de façon parallèle à la fenêtre et doivent être orientés de façon à éviter les courants d'air.

La **programmation** est, quant à elle, organisée aux articles 36 et suivants de la loi sur les hôpitaux. D'emblée, il est nécessaire de préciser que ces dispositions ont fait l'objet de plusieurs arrêtés royaux d'exécution<sup>50</sup>.

Sur pied des articles 36 et 37 de la loi sur les hôpitaux, l'objet de la programmation consiste à définir, à l'aide de critères, le niveau d'équipement requis par les besoins (généraux et spéciaux) de la population à l'intérieur d'un territoire déterminé. Il faut se baser sur des formules mathématiques qui servent à mesurer les besoins. Les critères pris en compte sont : le chiffre de la population, la structure d'âge, la répartition géographique et la répartition entre réseaux<sup>51</sup>. La programmation permet au législateur de limiter et d'encadrer l'offre hospitalière belge. Le pouvoir fédéral peut imposer ces limitations car elles se justifient principalement par le fait qu'elles contribuent au contrôle et à la restriction des dépenses publiques<sup>52</sup>.

Au niveau des **objectifs**, aussi bien pour l'agrément que pour la programmation, il s'agit de réguler efficacement l'organisation des soins de santé<sup>53</sup>, et par voie de conséquence de contribuer à la qualité des soins.

Pour résumer ceci, reprenons les propos de Benoît HALLET, Directeur général adjoint du CHU Namur Godinne jusqu'à mai 2015, lorsque nous l'avons rencontré.

---

<sup>50</sup> A.R. du 21 mars 1977 fixant les critères qui sont d'application pour la programmation des différents types de services hospitaliers, *M.B.*, 30 avril 1977, p. 5765 ; A.R. du 3 août 1976 fixant les critères de programmation des services psychiatriques, *M.B.*, 17 septembre 1976, p. 2791 ; A.R. du 24 décembre 1980 fixant le nombre maximum de lits qui est d'application pour la programmation des hôpitaux universitaires, *M.B.*, 24 janvier 1981, p. 797.

<sup>51</sup> D. FORNACIARI, S. CALLENS et E. SCHOKKAERT, *Ziekenhuizen, mededingingsrecht en recht op kwaliteitsvolle zorg, op. cit.*, p. 51.

<sup>52</sup> J. CHRISTIAENS et C. VANHEE, *De boekhouding van de ziekenhuizen*, Bruxelles, Kluwer, 2013, p. 61.

<sup>53</sup> K. DE WITTE, K. EECKLOO et A. VLEUGELS, *Arts in het ziekenhuis*, Antwerpen, Lannoo Campus, 2011, p. 112.

Selon lui, le but essentiel de la programmation constitue à limiter quantitativement le nombre d'installations dans le pays. Bien qu'à première vue, nous conservions une image assez négative de ce procédé, nous évoluerions vers la formation d'un mécanisme de normalisation qualitative : par exemple, l'appareil sera disponible dans un hôpital ou un service ayant une activité justifiant la présence de ce matériel. En effet, il existe, d'une certaine manière, une volonté de centraliser l'offre de telle sorte que les compétences soient aussi centralisées au sein d'un même établissement afin d'arriver à une meilleure qualité de soins effectués par des médecins compétents. Par voie de répercussion, la programmation incite aussi les hôpitaux à nouer des liens entre eux<sup>54</sup>.

## Section 2. Le contrat sécurité-qualité du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Le SPF Santé Publique<sup>55</sup> contribue à la qualité des soins et la sécurité des patients par le contrat sécurité-qualité. Un premier plan pluriannuel (2008-2012), adopté par ce SPF, a permis d'apporter un soutien aux établissements de soins dans leur démarche de qualité et de sécurité.

Le deuxième plan pluriannuel (2013-2017) est plus approfondi en attirant l'attention sur des sujets plus généraux, tels que le système de gestion, la sécurité des patients, le *leadership*, la communication et le patient *empowerment*<sup>56</sup>. Des sujets plus ciblés sont également abordés. À titre d'exemple, nous pouvons citer la vigilance qui renferme une pléthore de facettes, telles que notamment l'identité du patient, la traçabilité, les médicaments à haut risque, la sécurité en chirurgie, ou encore les soins transmuraux<sup>57</sup>. Concrètement, les hôpitaux, souscrivant à ce plan, se doivent d'atteindre ces objectifs, moyennant aide financière, avant 2017. La voie empruntée pour parvenir à ces objectifs s'identifie majoritairement à l'auto-évaluation, et à des audits internes cliniques et non cliniques.

---

<sup>54</sup> B. HALLET : entretien du 14 mars 2014.

<sup>55</sup> Site officiel : [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be).

<sup>56</sup> Le patient *empowerment* est une philosophie selon laquelle le patient est un participant actif au sein du processus de soins, et est par conséquent bien informé de tous les aspects de sa prise en charge médicale. Définition issue de : J. MOONEY, *Illustrated Dictionary of Podiatry*, Londres, Churchill Livingstone, 2009, p. 116.

<sup>57</sup> Le concept de soins transmuraux est très peu répandu au sein de la doctrine internationale. Il est davantage employé au Pays-Bas où le Conseil national de la santé publique néerlandais le définit comme des formes de soins dispensés sur la base de conventions en matière de collaboration et d'accords entre les prestataires de soins généralistes et spécialistes, où il est question d'une responsabilité commune, avec des responsabilités explicites et complémentaires. Définition issue de : X., *Soins transmuraux*, disponible sur : <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19102366.pdf>.

Afin d'illustrer nos propos, prenons le cas de l'auto-évaluation. Cette dernière doit répertorier les voies d'améliorations possibles, et pointer les difficultés concernant les sujets mentionnés ci-dessus. Les grilles d'auto-évaluation ont été réalisées sur base du modèle de l'European Foundation for Quality Management<sup>58</sup> (EFQM). Néanmoins, les établissements de soins disposent de la liberté d'opter pour un autre mécanisme d'évaluation (à titre d'exemple, un mécanisme d'évaluation présent au sein d'une accréditation). Notons que, quel que soit le mécanisme d'évaluation, l'auto-évaluation se veut d'être obligatoire dans ce second plan. Autrement dit, les hôpitaux accrédités, ou les hôpitaux démarrant un processus accréditaire, qui se sont déjà auto-évalués, ne sont pas dispensés d'inventorier les difficultés<sup>59</sup>.

Le SPF Santé publique sera à nouveau mentionné ci-dessous, et ce lorsque nous dévoilerons son avis quant à l'accréditation.

### **Section 3. La plate-forme belge eHealth**

Même si la plate-forme belge eHealth<sup>60</sup> a dû essuyer quelques doutes<sup>61</sup> (notamment ceux soulevés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, et ce dans une lettre<sup>62</sup> adressée en 2008 aux responsables politiques de notre Etat), cette dernière se donne comme mission d'abonner la qualité des soins de santé, ainsi que la sécurité du patient. Cette plate-forme est une institution publique poursuivant l'objectif d'encourager les échanges d'informations électroniques entre les différents protagonistes des soins de santé. Aussi, elle vise à offrir des garanties pour ce qui est de la sécurité de l'information, la protection de la vie privée du patient et du prestataire de soins, et de la non-violation du secret médical<sup>63</sup>. La plate-forme est déjà fonctionnelle pour certains de ses aspects, mais pas pour l'exhaustivité. Aussi, elle est organisée par une loi du 21 août 2008<sup>64</sup>.

---

<sup>58</sup> Site officiel : [www.efqm.org](http://www.efqm.org).

<sup>59</sup> X., *Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement*, disponible sur : [http://health.belgium.be/eportal/Aboutus/crossborder\\_healthcare/foreignvisitors/providers/Healthcare-facility-standards/General-hospitals/Quality-care-and-safety/19089805?ie2Term=BAPCOC&ie2section=83&fodnlan=fr#.VZ7jqBYrVGg](http://health.belgium.be/eportal/Aboutus/crossborder_healthcare/foreignvisitors/providers/Healthcare-facility-standards/General-hospitals/Quality-care-and-safety/19089805?ie2Term=BAPCOC&ie2section=83&fodnlan=fr#.VZ7jqBYrVGg).

<sup>60</sup> Site officiel : [www.ehealth.fgov.be](http://www.ehealth.fgov.be).

<sup>61</sup> Pour une analyse de la plate-forme eHealth du point de vue de la protection de la vie privée du patient, voy. J. HERVEG et J. MASSION, *La protection des données du patient dans l'hôpital*, Waterloo, Kluwer, 2009.

<sup>62</sup> Disponible sur le site officiel de l'Ordre des médecins : <http://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/la-constitution-et-de-l'organisation-de-la-plate-forme-e-health>.

<sup>63</sup> X., *La plate-forme eHealth*, disponible sur : <https://www.ehealth.fgov.be/fr/a-propos-de-ehealth/mission/la-plate-forme-e-health>.

<sup>64</sup> Loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et diverses dispositions, *M.B.*, 13 octobre 2008, p. 54454.

## **Chapitre 2. La qualité à l'échelon de la Flandre**

« *La médiocrité vient sans qu'on l'appelle, la qualité il faut la vouloir violemment* », Florian MAYER, *Kurier* du 15 avril 2001.

En 1997, un décret concernant la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins a vu le jour en Flandre<sup>65</sup>. Celui-ci a toutefois été abrogé par le décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale dans les hôpitaux psychiatriques et les centres de santé mentale<sup>66</sup>.

En outre, il est impossible d'expliciter la qualité en Flandre sans mentionner l'accord gouvernemental 2009-2014 au sein duquel apparaît une volonté d'augmenter la transparence de la qualité des soins. La note politique du Ministre de tutelle incite en effet à un accroissement de la qualité par une meilleure transparence des résultats<sup>67</sup>.

Parallèlement à ceci, la Communauté flamande a mis sur pied une nouvelle politique relative à la qualité des soins qui s'articule autour de quatre axes : le développement des indicateurs de qualité ; la promotion de l'accréditation ; la réforme de l'inspection intégrant une procédure allégée d'agrément pour les hôpitaux démarrant un processus d'accréditation ; l'incitation à la transparence des résultats<sup>68</sup>.

Par ailleurs, nous pouvons noter la naissance de l'accréditation en Flandre. Afin de ne point confondre les démarches qualité existantes et le mécanisme accréditaire, celui-ci fera l'objet d'une analyse séparée ci-dessous.

---

<sup>65</sup> Décret du 25 février 1997 relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins, *M.B.*, 9 avril 1997, p. 1531.

<sup>66</sup> Décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale, *M.B.*, 2 novembre 1993, p. 2916.

<sup>67</sup> D. FORNACIARI, S. CALLENS et E. SCHOKKAERT, *Ziekenhuizen, mededingingsrecht en recht op kwaliteitsvolle zorg*, op. cit., p. 74.

<sup>68</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, 31 octobre 2013, p. 4, disponible sur : [http://www.sante.cfwb.be/index.php?eID=tx\\_nawsecured1&u=0&g=0&hash=03560032898f66b6cbf4210d35774e2565e7bb23&file=fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/Varia/L\\_accréditation\\_des\\_hopitaux\\_-\\_L\\_indispensable\\_phase\\_d\\_eveil\\_1\\_-1.pdf](http://www.sante.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecured1&u=0&g=0&hash=03560032898f66b6cbf4210d35774e2565e7bb23&file=fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Varia/L_accréditation_des_hopitaux_-_L_indispensable_phase_d_eveil_1_-1.pdf).

### **Chapitre 3. La qualité en Wallonie et à Bruxelles**

« *J'ai toujours estimé que la qualité était très populaire, et que les plus belles choses pouvaient être données au plus grand public.* », Jacques CHANCEL, *Le temps d'un regard*.

Un élément incontournable contribuant à la qualité des soins en Wallonie est le Mouvement Wallon pour la Qualité<sup>69</sup> (MWQ), né en 1999, à l'initiative d'un panel d'acteurs institutionnels privés et publics, et encouragé par la Région wallonne. Ses finalités sont les suivantes : pourvoir les informations et orientations en matière de qualité aux décideurs ; développer, exploiter et communiquer les tendances en matière de qualité ; être un laboratoire de méthodes et d'outils créatifs, innovants et pratiques ; assurer la promotion et la mise en place d'outils et de recueils de bonnes pratiques ; évaluer la reconnaissance des outils par les utilisateurs. Le MWQ ne concerne pas uniquement les hôpitaux. En effet, son champ d'action touche tous les secteurs d'activités<sup>70</sup>. Néanmoins, celui-ci a déjà abordé la problématique de l'accréditation à plusieurs reprises<sup>71</sup>.

Par ailleurs, le 28 août 2013, le Gouvernement wallon a donné son accord pour un plan « *qualité des soins* » s'articulant autour de six thématiques. Tout d'abord, le premier point concerne une réflexion sur l'évolution des normes et une préparation de la mise en œuvre de nouvelles normes. Le deuxième axe touche à la production d'indicateurs. Ensuite, il y a une volonté de préparer et d'accompagner la démarche accréditaire. Quatrièmement, le vœu est formulé de faire coexister harmonieusement l'organisation de l'inspection, les normes, les indicateurs et l'accréditation. Cinquièmement, un lancement d'un *benchmarking* entre établissements de soins est prévu. *In fine*, le Gouvernement incite à la réflexion sur la diffusion publique de données relatives à l'inspection, mais aussi sur la performance et les résultats<sup>72</sup>.

---

<sup>69</sup> Site officiel : [www.mqw.be](http://www.mqw.be).

<sup>70</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, *op. cit.*, p. 6.

<sup>71</sup> J. DOUCHAMPS, A. JACQUERYE, M. LAURENT, D. LECOCQ, N. ZANDECKI et D. GAINVORSTE, « L'accréditation des hôpitaux en Belgique : une contrainte ou une opportunité ? », *QualiGuide*, 2013, n° 13, p. 40.

<sup>72</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, *op. cit.*, p. 11.

De surcroît, suite au plan Marshall Horizon 2022, la mesure treize « *stimuler l'innovation et optimiser la gestion des soins de santé* » répertorie en tant qu'action à accomplir : « *soutenir l'innovation et la qualité dans les hôpitaux, acteurs de premier plan et importants pourvoyeurs d'emplois, notamment au travers d'une démarche d'accréditation* »<sup>73</sup>.

Par ailleurs, plus seulement pour la Wallonie mais aussi pour Bruxelles, la Plate-forme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients<sup>74</sup> (PAQS) a été mise en place en 2013. Elle regroupe notamment les fédérations d'institutions de soins de santé, des mutualités, ou encore des universités. La PAQS œuvre directement en faveur de la qualité puisque ses missions sont de « *consolider les relations entre les nombreux acteurs des soins de santé afin de travailler ensemble, de manière cohérente et articulée, à l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients. La PAQS souhaite également encourager le travail pluridisciplinaire centré autour du patient au sein des hôpitaux. La PAQS souhaite enfin offrir un soutien solide aux différents projets développés et mis en œuvre dans les institutions de soins* ».

En outre, un autre groupe important au sein des démarches qualité est à mentionner : il s'agit du Groupe de Recherche Interdisciplinaire QUALity and SAFety Ressources (GRI QUASAR). Ce groupe est un département de l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles. Sa mission est d'être un centre de référence pluridisciplinaire, offrant des ressources pour la promotion et le déploiement de la qualité et de la sécurité durables, et ce au sein des institutions de soins. Dans la pratique, son crédo est de faire partie d'un réseau porteur de sens, d'améliorer la qualité des patients, et plus largement la qualité de la vie des individus à travers un accompagnement innovant, et des activités de recherche<sup>75</sup>.

En mars 2013, Santhea, une fédération hospitalière francophone, a réuni toutes les fédérations hospitalières, les mutualités et les trois écoles de santé publique francophones au sein d'une plate-forme ayant pour but de rendre plus aisées et de fédérer les initiatives relatives à l'accréditation des hôpitaux en régions bruxelloise et wallonne du pays.

---

<sup>73</sup> X., *Plan Marshall 2022*, disponible sur : <http://www.wallonie.be/fr/actualites/plan-marshall-2022>.

<sup>74</sup> Site officiel : [www.paqs.be](http://www.paqs.be).

<sup>75</sup> GRI QUASAR, *Présentation du GRI QUASAR*, 5 juin 2013, disponible sur : <http://www.mwq.be/servlet/Repository?IDR=3048>.

Notons que Santhea<sup>76</sup> est une association professionnelle et patronale ayant pour objectif de défendre et promouvoir les intérêts des établissements et des services de soins non lucratifs, du secteur privé non confessionnel et du secteur public, situés en Wallonie, mais aussi à Bruxelles<sup>77</sup>.

#### **Chapitre 4. L’appréhension de la qualité par l’Union européenne**

« *Ne soyons plus anglais ni français ni allemands. Soyons européens. Ne soyons plus européens, soyons hommes. Soyons l’humanité. Il nous reste à abdiquer un dernier égoïsme : la patrie.* », Victor HUGO, *Choses vues*.

Au niveau européen, plusieurs dispositifs ont été mis en place afin de contribuer à la qualité des soins et à la sécurité des patients. Le Royaume de Belgique, membre de l’Union européenne<sup>78</sup>, est naturellement concerné par les initiatives européennes. Nous mentionnerons uniquement certaines d’entre elles, et ce en guise d’illustration.

##### **Section 1<sup>ère</sup>. La Commission européenne**

La Commission européenne se fait souvent la porte parole de l’Union européenne, et ce par le biais de communications. À titre d’exemple, elle a réalisé, en 2011, une communication intitulée « *Plan d’action pour combattre les menaces croissantes de la résistance aux antimicrobiens* »<sup>79</sup>.

##### **Section 2. Le Conseil de l’Union européenne**

Le Conseil de l’Union européenne a été l’auteur de diverses recommandations en matière de sécurité des patients. À titre d’exemple, nous pouvons citer une recommandation du Conseil relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci adoptée le 9 juin 2009<sup>80</sup>.

---

<sup>76</sup> Site officiel : [www.santhea.be](http://www.santhea.be).

<sup>77</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L’accréditation des hôpitaux : l’indispensable phase d’éveil*, op. cit., p. 11.

<sup>78</sup> Version consolidée du Traité sur le fonctionnement de l’Union européenne (signé à Rome le 25 mars 1957), Préambule, *J.O.U.E.*, C 326, du 26 octobre 2012, p. 1.

<sup>79</sup> Communication n° 748 de la Commission au Parlement européen et au Conseil du 15 novembre 2011, relative au plan d’action pour combattre les menaces croissantes de la résistance aux antimicrobiens, disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/procedure/EN/201036>.

<sup>80</sup> Recommandation du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci, *J.O.U.E.*, C 151, du 3 juillet 2009, p. 1, disponible sur : [http://ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_fr.pdf).

Aussi, le Conseil adopte des conclusions en matière de qualité des soins. Afin d'illustrer nos propos, nous ferons référence aux conclusions du Conseil du 22 juin 2012 sur l'impact de la résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine<sup>81</sup>, ou encore les conclusions du 1<sup>er</sup> décembre 2014 sur la sécurité des patients et la qualité des soins<sup>82</sup>.

Une des dernières initiatives européennes constitue une résolution pour des soins de santé plus sûrs en Europe, datée du 19 mai 2015, du Parlement européen<sup>83</sup>.

### **Section 3. Le Conseil de l'Union européenne et le Parlement européen**

Le Conseil de l'Union européenne agit également en coopération avec le Parlement européen : d'une part, dans l'élaboration de directives européennes, et d'autre part via des décisions communes. Ainsi, une directive relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers a vu le jour le 9 mars 2011<sup>84</sup>. Plus récemment, en 2013, le Conseil et le Parlement européen ont adopté une décision relative aux menaces transfrontalières graves sur la santé<sup>85</sup>.

### **Section 4. Les initiatives ponctuelles**

D'autres projets en lien avec la qualité sont mis en place à l'échelle européenne. Prenons l'« *eurobaromètre spécial 411* » en guise d'illustration : il a été mis au point en 2013 et vise la sécurité des patients et qualité des soins<sup>86</sup>.

Corrélativement à ceci, il nous semble judicieux de mentionner le projet SANITAS qui promeut la sécurité des patients et le développement de la qualité hospitalière. Afin d'atteindre cet objectif, le projet s'est vu organisé de façon originale.

---

<sup>81</sup> Conclusions du Conseil du 22 juin 2012, sur l'impact de la résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine, *J.O.U.E.*, C 211, du 18 juillet 2012, p. 2, disponible sur : [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:52012XG0718\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:52012XG0718(01)).

<sup>82</sup> Conclusions du Conseil du 1<sup>er</sup> décembre 2014, sur la sécurité des patients et la qualité des soins, y compris la prévention des infections associées aux soins de santé et la lutte contre celles-ci et la résistance aux antimicrobiens, *J.O.U.E.*, C 183, du 4 janvier 2015, p. 1, disponible sur : [www.consilium.europa.eu/fr/workarea/downloadasset.aspx](http://www.consilium.europa.eu/fr/workarea/downloadasset.aspx).

<sup>83</sup> Résolution n° 2207 du Parlement européen du 19 mai 2015 sur des soins de santé plus sûrs en Europe, disponible sur : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P8-TA-2015-0197&language=FR&ring=A8-2015-0142>.

<sup>84</sup> Directive (UE) n° 24/2011 du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, *J.O.U.E.*, L 88, du 4 avril 2011, p. 45.

<sup>85</sup> Décision (UE) n° 1082/2013 du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013, relative aux menaces transfrontalières graves sur la santé, *J.O.U.E.*, L 293, du 5 novembre 2013, p. 1.

<sup>86</sup> X., *Special Eurobarometer 411*, disponible sur : [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_411\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf).



En effet, il est agencé sous la forme d'une interface qui permet l'échange d'enseignements entre les différents hôpitaux européens. Le projet SANITAS a vu le jour en 2011, par l'Agence nationale italienne pour les services de santé, appelée l'AGEnxia NAtionale per i Servixi Sanitari regionali (AGENAS)<sup>87</sup>, et est toujours en activité à l'heure actuelle. Ce projet est mené par deux instances : l'European Health Management Association (EHMA)<sup>88</sup>, et plus particulièrement Judith CSISZAR ; ainsi que l'European Society for Quality in Healthcare (ESQH)<sup>89</sup>, avec une participation accrue de Charles SHAW. Le projet est en lien avec le propos qui nous occupe car il permet l'élaboration d'un référentiel européen d'accréditation qui pourrait être en vigueur au sein de toute l'Europe<sup>90</sup>. Ce dernier est en cours de rédaction et renferme les éléments les plus pertinents des référentiels les plus célèbres<sup>91</sup>.

## **Chapitre 5. L'intervention internationale**

« *Think international, think future, think before others. And act the same way.* »<sup>92</sup>, Robert MAXWELL, Editorial du *The Daily Mirror* du 3 mars 1982.

Certaines démarches internationales ont des répercussions directes sur la qualité de nos hôpitaux belges.

### **Section 1<sup>ère</sup>. L'organisation mondiale de la santé**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est l'autorité compétente pour veiller à la santé publique dans le système des Nations Unies. Il existe six Bureaux régionaux de l'OMS dans le monde, dont celui de l'OMS pour l'Europe<sup>93</sup>.

L'OMS a été à l'origine de plusieurs initiatives en application en Belgique. À titre d'exemple, nous pouvons citer l'initiative de l'Hôpital Ami des Bébés, mise en place en 1991, correspondant à un programme international.

---

<sup>87</sup> Site officiel : [www.agenas.it](http://www.agenas.it).

<sup>88</sup> Site officiel : [www.ehma.org](http://www.ehma.org).

<sup>89</sup> Site officiel : [www.esqh.net](http://www.esqh.net).

<sup>90</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT, et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *op. cit.*, p. 9.

<sup>91</sup> C. SHAW, E. JELFS et P. FRANKLIN, « Implementing recommendations for safer hospitals in Europe : SANITAS project », *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 2012, n° 18, p. 2.

<sup>92</sup> Traduction : « *Penser international, penser futur, penser avant les autres. Et agir de même* ».

<sup>93</sup> Site officiel : [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int).

Celui-ci est le résultat d'une collaboration, entre l'OMS et le Fonds des Nations unies pour l'enfance<sup>94</sup> (UNICEF), dans le but de garantir les conditions optimales, tant au niveau de la sécurité que de la qualité, de l'allaitement maternel<sup>95</sup>. Par ailleurs, nous pouvons aussi citer le projet « *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals* » (PATH)<sup>96</sup>, s'identifiant à un système d'évaluation des performances, conçu par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, et ce en vue de soutenir les hôpitaux dans la définition des stratégies d'amélioration de la qualité. Le projet permet de mettre en évidence les domaines nécessitant des améliorations, mais aussi de mettre en place un partage des meilleures pratiques.

## **Section 2. Les normes ISO**

La norme se définit comme un document qui répertorie des exigences, des lignes de conduite, ou des caractéristiques à appliquer de façon systématique en vue d'assurer l'aptitude à l'emploi des matériaux, processus et services. Il est important de savoir qu'une norme n'est guère obligatoire. En effet, l'adhésion à la norme est un acte volontaire. Toutefois, des normes peuvent être rendues obligatoires lorsque des textes législatifs ou réglementaires renvoient à ces normes<sup>97</sup>.

Pour ce qui est des normes internationales ISO plus particulièrement, ces dernières sont le fruit de l'Organisation internationale de normalisation<sup>98</sup> (ISO), créée en 1947. Puisque l'Organisation internationale de normalisation se serait abrégée de façon différente selon les langues (« *IOS* » en anglais, et « *OIN* » en français), ses fondateurs ont choisi le diminutif « *ISO* » (dérivé du grec *isos*, signifiant « *égal* »)<sup>99</sup>. Remarquons qu'au niveau européen, l'ISO connaît un équivalent : il s'agit du Comité européen de normalisation<sup>100</sup> (CEN), mis en place en 1961. Tous les membres de ce comité sont également membres de l'ISO. L'atout majeur des normes ISO est de garantir des produits et des services fiables et d'excellente qualité. Pour les professionnels qui les adoptent, *in casu* les hôpitaux, ces normes sont utiles afin de diminuer les coûts en permettant un accroissement de la productivité<sup>101</sup>.

---

<sup>94</sup> Site officiel : [www.unicef.be](http://www.unicef.be).

<sup>95</sup> Site officiel : [www.lllbelgique.org/hopitaux-allaitement-professionnels.php](http://www.lllbelgique.org/hopitaux-allaitement-professionnels.php).

<sup>96</sup> Site officiel : [www.pathqualityproject.eu](http://www.pathqualityproject.eu).

<sup>97</sup> X., *Qu'est ce qu'une norme ?*, disponible sur : <http://www.iso.org/iso/fr/home/about.htm>.

<sup>98</sup> Site officiel : [www.iso.org](http://www.iso.org).

<sup>99</sup> X., *Qu'est ce qu'une norme ?*, disponible sur : <http://www.iso.org/iso/fr/home/about.htm>.

<sup>100</sup> Site officiel : [www.cen.eu](http://www.cen.eu).

<sup>101</sup> X., *Les normes ISO : avantages*, disponible sur : <http://www.iso.org/iso/fr/home/standards.htm>.

De surcroît, l'ISO, bien qu'il élabore les normes, n'exerce pas d'activité de certification. Cette tâche revient à un organisme de certification externe. En Belgique, BELAC (formule qui condense les mots « *Belgique* » et « *Accréditation* »<sup>102</sup>) créé en 2006<sup>103</sup>, est le seul organisme belge de certification. Les certifications qu'il délivre sont reconnues par l'Etat belge, et il est placé sous la responsabilité du SPF Economie, P.M.E., Classes moyennes et Energie<sup>104</sup>.

Les hôpitaux belges sont concernés par les normes ISO, et plus particulièrement par les normes ISO 9000<sup>105</sup>. Ce groupe ISO 9000 regroupe les différentes facettes du management de la qualité, et renferme des normes très célèbres, telles que les normes ISO 9001. La famille ISO 9000 procure les instruments nécessaires afin que les services correspondent aux attentes des clients, *in casu* des patients, et permettent l'accroissement continu de la qualité<sup>106</sup>. À titre d'exemple, l'hôpital psychiatrique Vincent Van Gogh, situé à Marchienne-au-Pont, est certifié aux normes ISO 9001/2000, et ce depuis le 17 mars 2006<sup>107</sup>. C'est le premier site hospitalier belge à recevoir cette distinction<sup>108</sup>. Rappelons que ceci n'est pas obligatoire : il s'agit d'une démarche volontaire de l'hôpital.

Remarquons que la certification ISO 9001 et l'accréditation sont deux réalités distinctes. Selon Adriana DEGIORGI, Responsable du Service qualité et sécurité des patients de l'Ente Ospedaliero Cantonale (hôpital suisse), l'accréditation est davantage spécifique : elle est née pour le secteur de la santé. *A contrario*, les normes ISO 9001 ne sont pas propres au secteur médical. Le langage choisi par l'accréditation est clinique, tandis qu'il est organisationnel pour les normes ISO 9001. De plus, ces dernières sont plus axées sur la mise en place d'un système de gestion, alors que l'accréditation évalue le système de gestion, mais aussi des aspects spécifiques à l'organisation des soins et aux pratiques professionnelles.

---

<sup>102</sup> Le terme « *accréditation* » est repris dans l'A.R. créateur de 2006, mais il ne s'agit pas de l'accréditation telle qu'elle est entendue dans le cadre de ce travail. Il y a souvent, en effet, une confusion des termes qui existe.

<sup>103</sup> A.R. du 31 janvier 2006 portant création du système BELAC d'accréditation des organismes d'évaluation de la conformité, *M.B.*, 3 février 2006, p. 1394.

<sup>104</sup> X., *BELAC*, disponible sur : [http://economie.fgov.be/fr/entreprises/vie\\_entreprise/Politique\\_qualite/Accreditation/BELAC](http://economie.fgov.be/fr/entreprises/vie_entreprise/Politique_qualite/Accreditation/BELAC).

<sup>105</sup> M. CAMPINOS-DUBERNET et M. JOUGLEUX, « Une rationalisation sans norme organisationnelle : la certification ISO 9000 », *Sciences de la société*, 1999, n° 46, p. 90.

<sup>106</sup> S. DALGLEISH, « Probing the limits : ISO 9001 », *Quality Magazine*, 1<sup>er</sup> avril 2005, p. 24.

<sup>107</sup> Pour de plus amples informations à ce sujet, veuillez consulter l'exposé G. VAN CANG et N. ZANDECKI, *Hôpital Vincent Van Gogh : première institution hospitalière belge certifiée ISO 9001/2000 : quels défis, quelle valeur ajoutée pour l'institution et les patients*, Colloque Démarche qualité, 25 octobre 2007, disponible sur <http://www.isosl.be/sites/colloques/demarche-qualite/Expose6.htm>.

<sup>108</sup> X., *Historique*, disponible sur : <http://www.chu-charleroi.be/le-chu/historique>.

### **Section 3. Autres organisations**

Sur la scène internationale, d'autres organisations, directement en lien avec la Belgique, sont actives dans le domaine de la qualité.

Ainsi, nous pouvons mentionner la Collaboration Internationale des Praticiens et Intervenants en Qualité dans le domaine de la Santé<sup>109</sup> (CIPIQ-S), créée en 1997 sous la forme d'une ASBL, qui est une association internationale de langue francophone, composée de praticiens et intervenants en qualité dans la sphère de la santé. La Belgique y est représentée, de même que le Canada, la France, le Grand-Duché du Luxembourg et la Suisse. Le 9 et le 10 octobre 2014, le CIPIQ'S a organisé, au Luxembourg, un colloque auquel nous avons eu la chance de participer. Ce dernier était intitulé « *Des bonnes pratiques à l'accréditation, réflexions et expériences des institutions de soins* ».

Une seconde et dernière illustration portera sur l'Institute for Healthcare Improvement<sup>110</sup> (IHI), ayant toujours eu la profonde conviction que chacun devrait obtenir les meilleurs soins de santé possible. C'est une organisation indépendante sans but lucratif poursuivant un objectif d'amélioration de la santé et des soins de santé dans le monde entier. La Belgique collabore avec cet Institut en vue de contribuer à cette volonté de changement.

### **Chapitre 6. Prémices d'accréditation**

« *Le commencement est la moitié de tout.* », PYTHAGORE, *Les Présocratiques* (textes pythagoriciens traduit par D. DELATTRE).

En Flandre, encouragés par les autorités publiques, cinquante-neuf établissements hospitaliers ont accepté l'accréditation volontairement, et ce avec une inspection moins lourde en compensation. Ceci est réalisé grâce à l'aide des fédérations hospitalières rassemblées au sein d'une plate-forme. Sur ces cinquante-neuf hôpitaux s'étant lancés dans l'aventure accréditaire, cinq sont déjà accrédités. Trente-deux d'entre eux ont opté pour l'organisme d'accréditation NIAZ, vingt-trois ont choisi l'organisme américain JCI, et quatre n'ont encore guère effectué de choix<sup>111</sup>. Ces organismes feront ci-dessous l'objet d'explications supplémentaires.

---

<sup>109</sup> Site officiel : [www.cipiqs.org](http://www.cipiqs.org).

<sup>110</sup> Site officiel : [www.ihl.org](http://www.ihl.org).

<sup>111</sup> Remarquons que ces chiffres datent de juillet 2015.

Il en va différemment en régions wallonne et bruxelloise. En effet, en l'absence de signal politique fort, nulle politique d'accréditation marquante n'a été mise en place, hormis certains établissements hospitaliers s'étant lancés dans le processus accréditaire, sans avoir encore obtenu le label. À titre d'exemple, nous citerons l'hôpital psychiatrique du Beau Vallon à Saint-Servais, l'hôpital Notre-Dame de Grâce de Gosselies, ou encore les Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles. Ces dernières ont l'ambition d'être le premier hôpital francophone belge à obtenir l'accréditation globale<sup>112</sup>.

Afin d'exhorter la voie de l'accréditation, la Fédération Wallonie-Bruxelles a réalisé, en 2013, une analyse sur la préparation des hôpitaux à l'accréditation. Ceci a notamment abouti à la réalisation d'une grille d'accréditabilité permettant à l'hôpital d'évaluer sa capacité à se préparer à une démarche d'accréditation<sup>113</sup>.

Par ailleurs, comme il été explicité précédemment, des groupements se sont mis en place en vue notamment d'encourager les idées en faveur de l'accréditation<sup>114</sup> : il s'agit de la PAQS, ainsi que du GRI QUASAR. Il nous semble que la Wallonie et Bruxelles ont plus de difficulté à gérer la transition vers l'accréditation. Il y a bien une volonté de la soutenir, mais la confusion règne quant à la façon de le faire. La quatrième partie de notre Mémoire proposera des solutions afin de parer à cette difficulté.

## **Chapitre 7. Prise de recul et avis critique**

*« Die Schlange, welche sich nicht häuten kann, geht zugrunde. Ebenso die Geister, welche man verhindert, ihre Meinungen zu wechseln; sie hören auf, Geist zu sein. »*<sup>115</sup>, Friedrich NIETZSCHE, *Morgenrote*.

Après avoir dessiné le paysage belge de la qualité des soins, il est venu le temps d'étayer les premiers éléments de notre réflexion. Comme nous avons pu le constater à la lecture des lignes précédentes, la qualité est agencée, selon nous, de façon très disparate.

---

<sup>112</sup> X., « *Un hôpital pour la vie, des ambitions pour 2020* », disponible sur <http://www.saintluc.be/institution/2012-rapport-activites-ambitions-2020.pdf>.

<sup>113</sup> SANCHEZ, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, op. cit., p. 14.

<sup>114</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT, et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », op. cit., p. 8.

<sup>115</sup> Traduction : « *Le serpent qui ne peut changer de peau, meurt. Il en va de même des esprits que l'on empêche de changer d'opinion : ils cessent d'être esprit* ».

De nombreuses initiatives et projets existent, sans qu'il soit possible de tous les mentionner dans ce travail tant il sont nombreux. Bien que nous ne puissions nier l'effort mis en place pour faire régner la qualité, il nous apparaît que la qualité des soins, domaine si capital, mériterait plus d'homogénéité. Ainsi, le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé<sup>116</sup> (KCE) de 2008<sup>117</sup> indique qu'il existe de nombreuses initiatives dispersées sans objectif commun. En outre, le Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) a estimé, dans un avis datant de mai 2011<sup>118</sup>, que la politique en matière de soins hospitaliers est caractérisée par une approche essentiellement budgétaire, fragmentaire et organisée par projets, et par conséquent sans grande cohérence, ni suivi, et sans un cadre explicite que requiert la qualité des soins.

Aussi, certaines normes d'agrément n'ont jamais été modifiées depuis 1964. Ainsi, les normes concernant le service de chirurgie ou le quartier opératoire devraient être mises au goût du jour : elles n'imposent pas de système moderne de ventilation dans le quartier opératoire, ou bien elles ne sont pas complètes pour ce qui est de la stérilisation.

Selon nous, il serait nécessaire que tous les hôpitaux belges soient dotés d'une technique permettant d'uniformiser le contrôle de la qualité, *quod non*, qui s'en porterait encore mieux. Il faudra voir, par après, si l'accréditation a cela à offrir.

### **Troisième partie. Regard sur le monde : quand l'accréditation prend différentes nationalités**

« *Il faut voyager pour frotter et limer sa cervelle contre celle d'autrui.* », MONTAIGNE, *Les Essais*.

Puisque le temps de l'introspection et de son état des lieux relatif aux mécanismes qualitatifs des soins de santé belges est désormais clôturé, il est venu le moment d'élargir nos horizons.

---

<sup>116</sup> Site officiel : [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be).

<sup>117</sup> C. DE WALCQUE, B. SEUNTJENS, K. VERMEYEN, G. PEETERS et I. VINCK, *Étude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe*, KCE Reports 70B, 2008, disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmes-d%E2%80%99accr%C3%A9ditati-on-hospitali%C3%A8re-en-europe>.

<sup>118</sup> Avis CNEH du 12 mai 2011 concernant la qualité intégrale et la sécurité des soins hospitaliers, n° 325-3, disponible sur : <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Nationalcouncilforhospital-faci/adviesprogramming2011/19067705#.VcIN2BYrVGg>.

En vue de bien percevoir les tenants et les aboutissants d'une éventuelle mise en place de l'accréditation en Belgique, il est opportun de bien comprendre les enseignements de l'histoire américaine de l'accréditation, mais aussi la façon dont elle est articulée dans d'autres Etats du monde<sup>119</sup>.

## **Chapitre 1<sup>er</sup>. Historique de l'accréditation : de hier à aujourd'hui**

« Il faut éclairer l'histoire par les lois et les lois par l'histoire. », MONTESQUIEU, *De l'esprit des lois*.

L'ampleur de l'intérêt pour la qualité des soins et pour l'accréditation trouve son origine en 1917. Les Ecoles de Médecine américaines diplômèrent des médecins de façon très rapide, voire brusque, et ce au détriment de la qualité de l'enseignement. Suite à cela, l'American College of Surgeons a établi un contrôle des hôpitaux de stage *via* un formulaire, appelé « *The Minimum Standard* ». Ce dernier était conçu de façon à mettre en place des normes de qualité et de sécurité minimales à respecter. C'est en se forgeant sur ce guide qu'a été rédigé l'« *Hospital Standardization Program* » qui octroyait un certificat de conformité aux établissements hospitaliers demandeurs de recevoir des étudiants en médecine. Ce système a perduré, moyennant certaines adaptations, jusqu'en 1950<sup>120</sup>.

En 1951, l'American College of Surgeons s'est uni à des groupements professionnels médicaux. De cette union, est éclos la Joint Commission on Accreditation of Hospital, appelée la « *JCAH* ». Cette dernière a élargi le spectre du contrôle des hôpitaux : tout en poursuivant la supervision des composantes hospitalières (architecture, matériel et organisation), elle a mis en place un mécanisme de contrôle volontaire des hôpitaux effectué par des experts compétents dans divers domaines (chirurgie, pharmacie, radiologie et médecine). Personne n'aurait alors imaginé que ce système, exclusivement privé, allait autant séduire. En effet, à l'heure actuelle, la plupart des établissements hospitaliers américains sont accrédités, et ils sont liés à cette démarche par la politique de financement.

---

<sup>119</sup> Pays appliquant un programme d'accréditation en Europe, ou en voie d'en adopter un : Bulgarie, République tchèque, Finlande, France, Allemagne, Irlande, Italie, Lettonie, Danemark, Lituanie, Hongrie et Slovaquie : informations issues de : C. DE WALCQUE, B. SEUNTJENS, K. VERMEYEN, G. PEETERS et I. VINCK, *Étude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe*, KCE Reports 70B, 2008, disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmes-d%E2%80%99accr%C3%A9ditation-hospitali%C3%A8re-en-europe>.

<sup>120</sup> C. BRUNEAU, « L'enjeu de la seconde procédure d'accréditation », *Risques et Qualité*, 2005, n° 4, p. 205.

La JCAH a été maintes fois copiée, puisqu'il existe quarante-deux organismes d'accréditation à travers le monde<sup>121</sup>. À titre d'exemple, nous pouvons citer : la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>122</sup> à Paris<sup>123</sup> ; la Joint Commission International (JCI)<sup>124</sup> à Chicago (ayant remplacé la JCAH) ; le Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ)<sup>125</sup> à Utrecht ; l'Accreditation Canada International (ACI)<sup>126</sup> à Ottawa.

Notons que l'International Society for Quality in Health Care (ISQua)<sup>127</sup>, un organisme international extérieur indépendant, se charge de l'accréditation des organismes d'accréditation, et ce sur base de son « *International Accreditation Program* ». La certification par l'ISQua est indispensable pour que l'organisme d'accréditation soit reconnu<sup>128</sup>.

## **Chapitre 2. Comparaison des référentiels**

« *Le raisonnement par analogie est le meilleur outil de travail.* », François MICHELIN, *Et pourquoi pas ? Entretien avec François Michelin* (écrit par I. LEVAÏ et Y. MESSAROVITCH).

Il existe plus de quarante organismes d'accréditation<sup>129</sup> à travers le monde, et ceux-ci possèdent leur propre référentiel. Dans le cadre de notre propos, il n'était guère possible de les analyser tous. Notre choix s'est porté sur trois d'entre eux car ce sont les plus susceptibles d'être employés en Belgique. Notre premier choix s'est porté pour le référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) française, et ce, non seulement car il s'agit d'un pays voisin, mais aussi en raison des similitudes culturelles que nous partageons avec la France. Notons que la HAS est dotée d'un statut public et ne peut accréditer à l'étranger. C'est pourquoi, France Accréditation<sup>130</sup>, organisme privé, offre des possibilités d'accréditation à l'étranger, et ce sur base du référentiel français de la HAS.

---

<sup>121</sup> C. SHAW, « External assessment of health care », *BMJ*, 2001, p. 853.

<sup>122</sup> Site officiel : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

<sup>123</sup> Notons la différence entre la HAS et la JCI : la première est le fruit des autorités publiques, tandis que la seconde a été créée par le secteur médical lui-même. La HAS ne peut donc pas accréditer en dehors de la France. Nous reviendrons plus tard sur cette question.

<sup>124</sup> Site officiel : [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org).

<sup>125</sup> Site officiel : [www.niaz.nl](http://www.niaz.nl).

<sup>126</sup> Site officiel : [www.internationalaccreditation.ca](http://www.internationalaccreditation.ca).

<sup>127</sup> Site officiel : [www.isqua.org](http://www.isqua.org).

<sup>128</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT, et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *op. cit.*, p. 8.

<sup>129</sup> C. SHAW, « External assessment of health care », *op. cit.*, p. 853.

<sup>130</sup> Site officiel : [www.france-accreditation.fr](http://www.france-accreditation.fr).



Ensuite, nous avons opté pour le référentiel de l'Accréditation Canada International (ACI) car il a été choisi par approximativement deux tiers des hôpitaux flamands. Enfin, nous avons procédé à la lecture du référentiel américain de la Joint Commission International (JCI), choisi par le tiers restant des hôpitaux du nord de notre pays s'étant lancés dans l'aventure de l'accréditation<sup>131</sup>.

En vue de respecter les consignes qui nous ont été assignées dans le cadre de cette analyse, nous ne pourrons pas développer en détail nos lectures, mais nous dégagerons les éléments qui nous sont apparus comme les plus pertinents. La comparaison des référentiels est une thématique ubéreuse. Notre proposition de comparaison est le fruit de recherches dans divers domaines : en plus de s'inspirer de mécanismes d'accréditation étrangers, nous avons recueilli de nombreux avis de professionnels sur la question. Ceux-ci sont issus de diverses miscellanées<sup>132</sup>, mais aussi de rencontres programmées au cours de ces derniers dix-huit mois.

Cette comparaison est nécessaire en vue de planifier une future accréditation belge. En effet, comme nous l'explicitons ci-dessous, nous sommes d'avis que la Belgique ne réalisera pas son propre référentiel, mais s'appuiera sur un référentiel existant. Dès lors, après avoir brièvement décrit les points communs à ces référentiels, il sera plus intéressant de s'attarder sur leurs atouts et leurs points faibles. En effet, c'est sur base de ces deux derniers critères que la Belgique effectuera son choix sur tel référentiel plutôt que tel autre.

### **Section 1<sup>ère</sup>. Les similitudes**

Après la lecture transversale des référentiels, il nous apparaît que, même si la structure de ceux-ci diffère, le contenu est sensiblement identique. Ce constat relève de la plus haute importance, car il en résulte que la préparation à l'accréditation peut se réaliser de façon cloisonnée, c'est-à-dire même s'il n'existe pas encore de *consensus* sur le choix du référentiel<sup>133</sup>.

---

<sup>131</sup> Notons que seul le manuel de la HAS est en libre accès sur Internet : le manuel de la JCI, ainsi que celui de l'ACI nous ont été fourni par Marc DEMESMAECKER (FIH).

<sup>132</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT, et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *op. cit.*, p. 8.

<sup>133</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, *op. cit.*, p. 16.

La caractéristique commune à tous les référentiels est que la gestion des risques et la sécurité des patients se révèlent être les points capitaux. Aussi, d'autres parallélismes existent. En effet, le concept français de « *pratiques exigibles prioritaires*<sup>134</sup> » est similaire à l'outil canadien de « *required organization practices*<sup>135</sup> » : l'identitovigilance, la prise en charge médicamenteuse, la communication, ou encore la prévention des infections sont des aspects communs<sup>136</sup>. Ces pratiques prioritaires, bien que formulées très différemment, se retrouvent dans le référentiel de la JCI.

## **Section 2. Les atouts et les points faibles**

Même si la préparation à l'accréditation peut se réaliser sans que le choix sur un référentiel ne soit arrêté, et ce au vu de la grande correspondance entre les exigences des trois référentiels mentionnés, une décision concernant un référentiel devra intervenir à terme. C'est à ce moment que les atouts et les points faibles devront être analysés.

Le travail que nous fournissons, *in casu*, ne se prétend pas être exhaustif. Chaque établissement de soins est alors invité à poursuivre cette base de comparaison en fonction de sa spécialité, et de ses attentes. Comme va le montrer cette analyse, les référentiels ont chacun leurs forces et leurs faiblesses, et aucun ne peut être considéré comme viscéralement moins bon, ou *a contrario*, comme le meilleur toutes catégories confondues. C'est à l'hôpital de juger quels sont les critères qui obtiennent sa plus grande considération.

### **a) Expérience des organismes d'accréditation**

Nous proposons de comparer les organismes du point de vue de leur maturité. Quant à la JCI, elle a vu le jour en 1994, et elle exerce actuellement ses compétences dans plus de nonante pays. Cependant, la JCI est la partie internationale de la Joint Commission existant depuis les années cinquante. Nous établissons donc le présupposé que les éventuelles erreurs du début appartiennent au passé, et que la JCI est totalement rôdée.

---

<sup>134</sup> Les pratiques exigibles prioritaires font l'objet du *Manuel V2014*, de la Haute Autorité de Santé française, disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1647956/en/les-themes-de-la-certification-v2014](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1647956/en/les-themes-de-la-certification-v2014).

<sup>135</sup> Les pratiques organisationnelles requises font l'objet du *Livret 2014*, de l'Agrément Canada, disponible sur : [https://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-fr\\_0.pdf](https://www.accreditation.ca/sites/default/files/rop-handbook-2014-fr_0.pdf).

<sup>136</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT, et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *op. cit.*, p. 10.

Son homologue canadien est aussi établi depuis les années cinquante, mais la partie internationalisée a été mise en place assez récemment, au cours de l'année 2004. La HAS est active depuis 1999, mais puisqu'elle ne peut pas accréditer en dehors de la France, il faut se référer à la date de création de France Accréditation, étant en place depuis 2010. Cependant, peu d'institutions (situées pour la plupart d'entre elles en Afrique du Nord et au Moyen-Orient) collaborent avec cette dernière<sup>137</sup>.

#### b) Accessibilité et compréhension du référentiel

Au niveau de la facilité de compréhension des référentiels, en dehors de l'aspect linguistique (les référentiels du JCI et de l'ACI étant rédigés en langue anglaise, sans traduction disponible en français), il nous a été beaucoup plus commode d'appréhender les référentiels de la HAS et de la JCI, que le référentiel canadien. Selon nous, la structure de ce dernier le rend beaucoup moins intelligible.

Au niveau des explications entourant les exigences d'accréditation, les référentiels américains fournissent tous les deux une pléthore de détails, ce qui évitera toute surprise éventuelle. Le référentiel de la HAS est, quant à lui, très général et ne va pas en profondeur des choses. Des interrogations et des zones d'incertitudes pourraient donc subsister lors d'une éventuelle mise en place de l'accréditation sur base de ce référentiel<sup>138</sup>, ou *a contrario*, une plus grande marge de manœuvre dans l'interprétation des exigences pourrait être envisageable.

#### c) Implication du personnel hospitalier et des acteurs gravitant autour de l'hôpital

Le référentiel du JCI, ainsi que celui de l'ACI (bien que dans une moindre mesure) se consacrent à l'implication du personnel dans la démarche accréditaire, mais aussi d'autres acteurs, comme les familles du patient, ou les partenaires de l'hôpital. Le référentiel de l'HAS n'occulte pas cette dimension, mais celle-ci est moins marquée<sup>139</sup>.

---

<sup>137</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, op. cit., p. 30.

<sup>138</sup> *Ibidem*.

<sup>139</sup> *Ibidem*.

#### **Quatrième partie. L'accréditation et la Belgique : pour le meilleur ou pour le pire ?**

« *Elever très haut le débat est une façon élégante de le perdre de vue.* », Grégoire LACROIX, *Les euphorismes de Grégoire*.

En Belgique, l'intérêt pour l'accréditation se fait de plus en plus intense au fil des années. En plus d'une doctrine abondante sur le sujet<sup>140</sup>, diverses initiatives ont été menées. À titre d'exemple, un *workshop* sur l'accréditation, organisé par le SPF Santé publique, s'était déjà déroulé, en 2005, regroupant les principaux protagonistes concernés (fédérations hospitalières, mutualités, entités fédérées)<sup>141</sup>. Un second exemple peut étayer nos propos : une étude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe a été réalisée en 2008 par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) en vue d'analyser les conditions de succès d'une éventuelle accréditation belge<sup>142</sup>. De surcroît, la PAQS organise, depuis février 2015, deux séances par mois d'information sur l'accréditation.

Malgré cet intérêt grandissant, l'introduction de l'accréditation suscite aussi de nombreuses questions, mais aussi des craintes. En effet, des obstacles subsistent et freinent la mise en place d'une éventuelle accréditation belge. Il est important de les identifier et de les comprendre. Une fois cette tâche accomplie, il sera plus aisé de penser une méthode pour les surmonter. Ainsi, il sera possible d'explorer les possibilités d'accréditation en Belgique.

Lors de la consultation de la doctrine en vue de l'élaboration de notre Mémoire, nous avons constaté que beaucoup d'articles portant sur l'accréditation se bornent à expliquer un seul aspect de cette dernière<sup>143</sup>, sans traiter toutes les facettes de l'accréditation.

---

<sup>140</sup> R. MERTENS et X. DE BETHUNE, « Évaluation externe de la performance hospitalière : rôle des organismes assureurs et choix d'avenir », *Hospitals - Revue officielle de l'Association Belge des hôpitaux*, 2001, p. 2 ; J. VAN DER STRAETEN, « Financement, agrément et qualité », *Hospitals - Revue officielle de l'Association Belge des hôpitaux*, 2004, p. 1.

<sup>141</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, *op. cit.*, p. 33.

<sup>142</sup> C. DE WALCQUE, B. SEUNTJENS, K. VERMEYEN, G. PEETERS et I. VINCK, *Étude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe*, KCE Reports 70B, 2008, disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmes-d%E2%80%99accr%C3%A9ditation-hospitali%C3%A8re-en-europe>.

<sup>143</sup> L'aspect traité (économique, culturel, politique,...) varie en fonction des articles. À titre d'exemple, voy. F. COCHOY et G. DE TERSSAC, « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », *Sciences de la société*, 1999, n° 46, pp. 3-18 ; A.-M. BOIX, *L'accréditation hospitalière : quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?*, Paris, L'Harmattan, 2003 ; Y. AISSANI et O. BORDES, « Démarche qualité, sensemaking et émergence dans des structures de communication », *Revue Internationale de psychologie*, 2007, n° 13, pp. 59-90.

Nous estimons que pour juger du bien fondé de l'accréditation en Belgique, il est important de construire une vision à trois cent soixante degrés autour d'elle. C'est ce à quoi s'attachera cette quatrième et dernière partie. Pour ce faire, l'accréditation sera tout d'abord abordée d'un point de vue normatif. Le deuxième visage de l'accréditation, qui fera l'objet de toute notre attention, sera relatif aux éléments probants. Par après, l'étude portera sur l'aspect politique de la démarche accréditaire, avant de laisser place aux éléments financiers de celle-ci. Ensuite, c'est sous l'angle de la transparence que l'accréditation sera envisagée. Par après, cette dernière sera mise en lumière via les acteurs de l'hôpital en tant que tels. Enfin, l'ultime chapitre sera consacré aux aspects procéduraux de l'accréditation.

### **Chapitre 1<sup>er</sup>. L'aspect normatif de l'accréditation : plus de normes en vue d'un hôpital meilleur ?**

« *Le monde revient toujours à la norme. Le problème est de savoir à la norme de qui.* », Stanislaw JERZY LEC, *Nouvelles pensées échevelées*.

La question des normes suscite un vif débat qui est loin d'être récent. Puisque l'accréditation s'identifie aussi à un ensemble de normes qui prendraient place au sein de l'hôpital, il nous semble logique de commencer à interroger la démarche accréditaire d'un point de vue normatif.

Les établissements de soins doivent de plus en plus traiter avec des normes. Tandis que certains prônent leur nécessité et leur bien-fondé, d'autres les décrient et les accablent de divers maux<sup>144</sup>.

Les normes peuvent, en effet, être perçues comme des éléments qui pourraient, à terme, figer le système des soins. À titre d'exemple, le professeur Michael PEYROMAURE, exerçant au sein du Service d'urologie dans un hôpital parisien, a déclaré, en 2012, que « *le respect des procédures se substitue au savoir-faire individuel, et les hôpitaux se transforment en usines sans âme* »<sup>145</sup>.

---

<sup>144</sup> A. JOLIVET, « Voir les normes comme un travail de sens : le texte comme agencement de narrations », *Études de communication*, 2010, n° 34, p. 81.

<sup>145</sup> M. PEYROMAURE, « La médecine malade du principe de précaution », *Libération*, 28 août 2012, disponible sur : <http://www.liberation.fr/monde/2012/08/28/>.

Par ailleurs, elles pourraient être source de découragement chez les prestataires de soins, qui n'envisageaient pas une médecine si réglementée lorsque, fraîchement diplômés, ils ont prêté leur serment d'Hippocrate<sup>146</sup>. Le poids des normes transformerait le médecin en un strict technicien, tandis que le patient serait envisagé comme une pathologie à traiter<sup>147</sup>.

Nous ne partageons nullement cette perspective. A vingt-trois ans, nous avons encore des idéaux et nous refusons de parvenir à la conclusion que la structure des soins de santé serait elle-même malade, victime de ses normes, et incapable de laisser place à une rencontre entre deux personnes : le patient et le médecin. Nous estimons en effet que la normalisation des soins est nécessaire, et qu'elle a un rôle clé à jouer pour la mise en place de la qualité. Elle n'annihile pas pour autant le libre arbitre et l'humanité.

Avant de pouvoir intégrer ces aspects dans leur pratique, les professionnels de la santé, loin d'être de simples procéduriers, doivent avoir correctement apprivoisé ces normes. Afin d'illustrer notre pensée, nous nous permettons d'emprunter un exemple<sup>148</sup> de Caroline BOLAND, psychologue et psychothérapeute. Elle compare les normes des soins de santé à celles du Code de la route. Lorsqu'un jeune conducteur arpente les routes, il doit sans cesse penser aux connaissances pratiques et théoriques qu'il vient d'acquérir, ce qui le rend plus hésitant. Au fur et à mesure des kilomètres parcourus, il pourra « *abandonner psychologiquement* » ces règles, et pourra s'adonner à une conduite plus paisible et attentive à son environnement. Ainsi, les praticiens de la santé, une fois les normes bien intégrées, pourront exercer leur métier avec moins de pression, et respecter les normes de façon plus naturelle, et les laisser psychologiquement de côté lors de la rencontre avec le patient. Aussi, les normes n'engendrent guère la déresponsabilisation des praticiens de la santé qui seraient totalement asservis au processus de normalisation. La liberté de poser un choix médical peut être réappropriée en tenant compte de la subjectivité de chaque patient, et des circonstances de fait entourant toute pathologie<sup>149</sup>.

---

<sup>146</sup> Serment prononcé au moment de devenir membre de la profession médicale, actualisé en juillet 2011, et disponible sur le site Internet de l'Ordre des médecins : [https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-\(belgique\)](https://ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-(belgique)).

<sup>147</sup> J.-M. LONGNEAUX, « Toujours plus de normes...pour soigner mieux ? », *Ethica Clinica*, 2013, n° 70, pp. 2-3.

<sup>148</sup> C. BOLAND, « Peut-on faire l'économie de la norme lorsque l'on travaille avec l'être humain ? », *Ethica Clinica*, 2013, n° 70, p. 8.

<sup>149</sup> C. KERMISCH, « L'éthique à l'épreuve de l'inflation des normes dans la pratique clinique », *Ethica Clinica*, 2013, n° 70, pp. 2-8.

*In fine*, nous sommes donc intimement convaincue que les prestations de soins ont besoin d'être structurées. Comme le souligne justement Jean-Michel LONGNEAUX, philosophe et professeur à l'Université de Namur, « *sans norme, sans repère, c'est la confusion aussi bien pour les patients que pour les professionnels* »<sup>150</sup>. La certitude de la nécessité des normes étant établie, c'est désormais le rapport à ces normes qui doit être sondé : c'est ce à quoi nous nous livrerons dans les chapitres qui vont suivre.

## **Chapitre 2. Les éléments probants : l'accréditation comme gage de qualité**

« *Absence de preuve n'est pas preuve d'absence* », Michael CRICHTON, *Prisonniers du temps*.

### **Section 1<sup>ère</sup>. La preuve de l'efficience : un déficit à combler**

L'efficacité de l'accréditation n'est pas aisée à démontrer<sup>151</sup>. Le Rapport du KCE de 2008, précédemment mentionné, nous enseigne aussi que les éléments probants sont limités en la matière<sup>152</sup>. Le corps médical est dans l'attente d'une preuve, fondement des bases scientifiques de la médecine, relative à l'accréditation et sa capacité à stimuler la qualité des soins<sup>153</sup>. En effet, dans le domaine de la qualité des soins de santé, une attention accrue est portée sur les preuves, surtout que nous sommes de plus en plus dans le cadre d'une *evidence based medicine*<sup>154</sup>. Et pourtant, comme le confirme Johan PAUWELS, collaborateur chez Zorgnet Vlaanderen<sup>155</sup>, réseau de soins représentant diverses institutions de santé, il existe très peu d'études internationales sur les résultats de l'accréditation<sup>156</sup>.

À nos yeux, il est difficile d'analyser des facteurs tangibles prouvant qu'il existe un perfectionnement en matière de qualité. À titre d'exemple, si nous analysons le taux de mortalité d'un pays, pour une année donnée, même si ce taux était plus bas dans un Etat où tous les hôpitaux seraient accrédités, cela n'est pas suffisant pour démontrer une augmentation de la qualité des soins due à l'accréditation.

---

<sup>150</sup> J.-M. LONGNEAUX, « Toujours plus de normes...pour soigner mieux ? », *op. cit.*, pp. 2-3.

<sup>151</sup> K. AMROUS, « Accréditation des hôpitaux : pourquoi la Belgique est-elle à la traîne ? », *Health Forum – Magazine de l'Union Nationale des Mutualités Libres*, mars 2010, n° 1, p. 7.

<sup>152</sup> C. DE WALCQUE, B. SEUNTJENS, K. VERMEYEN, G. PEETERS et I. VINCK, *Étude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe*, KCE Reports 70B, 2008, disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmes-d%E2%80%99accr%C3%A9ditati-on-hospitali%C3%A8re-en-europe>.

<sup>153</sup> C. HURLIMANN, « Approche conceptuelle de la qualité des soins », *Actualité et Dossier en Santé publique*, juin 2011, n° 35, p. 26.

<sup>154</sup> Marc DEMESMAECKER, agent à la FIH : entretien, le 2 juillet 2015.

<sup>155</sup> Site officiel : [www.zorgnetiucuro.be](http://www.zorgnetiucuro.be).

<sup>156</sup> K. AMROUS, « Accréditation des hôpitaux : pourquoi la Belgique est-elle à la traîne ? », *op. cit.*, p. 7.

En effet, le taux de mortalité est multifactoriel : un taux de mortalité moins élevé pourrait s'expliquer par une absence de fortes canicules cette année-là, qui sont souvent la cause de plusieurs décès chez les personnes âgées. Aussi, nous pourrions supposer que le pays mène une forte campagne anti-tabac depuis plusieurs années, et que le nombre de fumeurs aurait sensiblement diminué, ce qui provoquerait, à terme, une diminution du taux de mortalité. Cet exemple illustre la difficulté de récolter des preuves scientifiques sur le sujet.

Malgré le manque de preuve, nous étions déterminée à ne pas baisser les armes, et nous avons poursuivi nos recherches. Ces dernières n'ont guère été vaines. Plusieurs éléments dignes d'intérêt ont retenu notre attention.

Tout d'abord, nous avons retenu une étude qui recense vingt-quatre analyses ayant évalué l'impact des programmes d'accréditation sur la qualité des services de soins de santé. Ces analyses sont construites avec des conceptions différentes, notamment sous forme d'essais cliniques, d'études observationnelles, ou encore d'études qualitatives. Vu qu'il n'existe pas de critère standardisé pour évaluer et comparer la qualité dans les vingt-quatre analyses, les auteurs ont décrit les caractéristiques importantes de la qualité dans chaque étude : dans les vingt-quatre études identifiées, dix-sept études ont évalué l'impact d'un programme d'accréditation sur la performance globale des hôpitaux, et sept études ont évalué l'impact des programmes d'accréditation sur des aspects spécifiques de l'hôpital<sup>157</sup>.

La majorité des études ont montré que l'accréditation emportait des conséquences positives pour ce qui est des soins chirurgicaux ambulatoires, du contrôle des infections et de la gestion de la douleur. Dans la même perspective, les programmes d'accréditation ont un impact positif pour des aspects spécifiques, tels que la médecine du sommeil, la gestion de la douleur à la poitrine et la gestion des traumatismes. L'article affirme également qu'aux **Etats-Unis**, le taux de mortalité était plus faible dans les hôpitaux accrédités que dans ceux qui ne bénéficiaient pas de l'accréditation<sup>158</sup>. Cependant, nous pensons que l'argument du taux de mortalité n'est pas le plus fort : nous avons, en effet, exposé notre opinion ci-dessus concernant ses limites pour ce qui est de sa capacité à prouver la qualité des soins.

---

<sup>157</sup> C. SAW et A. ALKHENIZAN, « Impact of Accreditation on the quality of healthcare services : a systematic review of the literature », *Annals of Saudi medicine*, Juillet-Août 2011, n° 31, pp. 407-416.

<sup>158</sup> Ch. SAW et A. ALKHENIZAN, « Impact of Accreditation on the quality of healthcare services : a systematic review of the literature », *op. cit.*, p. 410.



En outre, au cours d'une autre analyse, au sein de vingt-trois hôpitaux en **Australie**, s'étant prolongée durant deux ans, les réponses des hôpitaux aux exigences d'accréditation et les changements d'ordre général de l'environnement de l'hôpital ont été examinés. Il en ressort une amélioration de la structure de l'organisation du personnel médical, de l'organisation des soins infirmiers et des installations de sécurité<sup>159</sup>. Dans une toute autre étude menée à **Copenhague**, au sein de cinquante et une unités (trente-huit chirurgicales et treize anesthésiques), l'amélioration sur l'échelle du développement systématique était significativement plus élevée dans les unités accréditées que dans celles non accréditées<sup>160</sup>.

En plus de ces diverses études, il est intéressant de se pencher sur divers avis récoltés. Ainsi, selon Mathieu LOUISET, chef de projet à la PAQS, il est convaincu que l'accréditation améliore sensiblement la qualité. Il soutient qu'un élément de preuve qui pourrait être avancé est notamment le fait que les assureurs étrangers diminuent les primes lorsqu'ils sont face à un hôpital accrédité. En outre, Marc DEMESMAECKER<sup>161</sup>, responsable du Service santé mentale à la FIH<sup>162</sup>, croit fermement, de par ses diverses expériences au sein d'hôpitaux canadiens accrédités, en la capacité de l'accréditation à améliorer la qualité des soins.

*In fine*, nous pouvons quintessencier ces résultats en affirmant qu'il existe des preuves cohérentes montrant que les programmes d'accréditation améliorent le processus des soins fournis par les établissements hospitaliers.

## **Section 2. La qualité et l'excellence : le positionnement actuel des hôpitaux belges**

Pour ce qui est de la qualité au sein de nos hôpitaux belges, nous sommes convaincue de deux éléments. D'une part, nous croyons que nos hôpitaux belges peuvent être fiers de la qualité qu'ils offrent. Le bémol est qu'il est difficile, à l'heure actuelle, de la prouver. D'autre part, bien que la qualité règne déjà, il y a toujours matière à s'améliorer, et les soins de santé, domaine si précieux, méritent ni plus ni moins que l'excellence.

---

<sup>159</sup> S. DUCKETT, « Changing hospitals : the role of hospital accreditation », *Soc. Sci. Med.*, n° 83, p.17.

<sup>160</sup> A. JUUL, C. GLUUD, J. WETTERSLEV, T. CALLESEN, G. JENSEN et A. KOFOED-ENEVOLDSEN, « The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines », *Int. Health Care Qual.*, 2005, pp. 321-348.

<sup>161</sup> Marc DEMESMAECKER : entretien, le 2 juillet 2015.

<sup>162</sup> Site officiel : [www.fih.be](http://www.fih.be).

Quant au **premier élément**, la Belgique fait figure d'exception au sein des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques<sup>163</sup> (OCDE) quant au fait qu'elle ne pratique pas d'évaluation externe de la qualité de ses soins. Selon Yves SMEETS, Directeur général de Santhea, une fédération hospitalière francophone, le fait que nous ne possédions pas d'indicateurs qualité a également pour conséquence que nous sommes moins bien classés dans l'*European Health Consumer Index*<sup>164</sup>. L'accréditation permettrait de mesurer objectivement la qualité, et donc de prouver que la qualité est présente en Belgique. Les efforts des praticiens de la santé pourraient ainsi être davantage mis en lumière sur la scène internationale. Ceci pourrait avoir des retombées économiques positives pour le système des soins de santé belge.

Pour ce qui est du **second élément**, il est tout de même démontré que la Belgique n'a point encore atteint l'excellence, en ce domaine. Ainsi, personne n'ignore que les hôpitaux se rendent parfois responsables d'erreurs étant, dans certains cas, évitables. Les événements indésirables sont de différentes natures<sup>165</sup>. Selon Pierre CHOPARD<sup>166</sup>, Docteur aux Hôpitaux Universitaires de Genève, il faut songer aux erreurs d'identité de patients, aux erreurs procédurales, aux manques d'anticipation d'un risque prévisible, aux prolongations ou annulations d'interventions en raison d'une absence de matériel, aux infections suite à l'oubli d'antibiothérapie, ou encore à une parésie consécutive à un mauvais positionnement. En ce qui concerne plus particulièrement la Belgique, le rapport du KCE, intitulé « *Performance du système de santé belge* », de 2012<sup>167</sup> pointe encore des manquements, notamment pour ce qui est de la continuité et la coordination des soins.

Ce type d'événements a pour conséquences d'amenuiser la confiance des patients, et d'accroître le nombre de plaintes. Ainsi, suite au décès d'une enfant âgée de trois ans ce 18 avril 2015 aux Cliniques Saint-Luc de Bruxelles, ses parents ont porté plainte pour abstention coupable dans le chef des médecins.

---

<sup>163</sup> Site officiel : [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

<sup>164</sup> K. AMROUS, « Accréditation des hôpitaux : pourquoi la Belgique est-elle à la traîne ? », *op. cit.*, p. 7.

<sup>165</sup> P. MICHEL, C. MINODIER et C. MOTY MONNEREAU *et al.*, « Les événements indésirables graves dans les établissements de soins de santé : fréquence, évitabilité, et acceptabilité », *Revue officielle de la Direction de recherche des études, de l'évaluation et des statistiques*, mai 2011, n° 761, p. 8.

<sup>166</sup> Pierre CHOPARD : entretien, le 9 octobre 2014.

<sup>167</sup> F. VRIJENS, F. RENARD, P. JONCKHEER, K. VAN DEN HEEDÉ *et al.*, *La performance du système de santé belge*, KCE Reports 196Bs, 2012, disponible sur : [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_196B\\_performance\\_systeme\\_sante\\_belge\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196B_performance_systeme_sante_belge_0.pdf).

Les faits seraient les suivants : la fillette aurait eu besoin urgemment d'une transfusion sanguine : pour ce faire, une anesthésie aurait été indispensable, mais l'anesthésiste aurait eu plusieurs heures de retard, et la fillette serait décédée entre-temps<sup>168</sup>. Il est certain qu'une plainte a été déposée et qu'une instruction a été ouverte, mais il faut se garder de faire des conclusions hâtives : nous ne sommes pas pour autant face à une erreur médicale, seule l'enquête le dévoilera.

À nos yeux, bien que certaines erreurs soient directement imputables à l'action humaine, il ne faut pas systématiquement lancer la pierre aux praticiens impliqués dans des événements indésirables : ils n'en sont pas les seuls responsables. Il faut aussi interroger la structure des soins de santé. Selon James REASON, professeur de psychologie à l'Université de Manchester, « *remplacer le coupable ne prévient pas la survenue de l'erreur suivante, puisque les causes sous-jacentes perdurent* »<sup>169</sup>.

Comme il a été explicité précédemment, la Belgique n'est pas à la traîne pour ce qui est de la qualité des soins : dans le discours public, le système belge des soins de santé est félicité en permanence. Néanmoins, l'analyse des études internationales nous enseigne que les soins de santé belges n'atteignent pas les plus hautes places de la performance, et notamment en ce qui concerne la qualité<sup>170</sup>. À titre d'exemple, elle a atteint la sixième position au sein de l'*European Health Consumer Index*<sup>171</sup> de 2014 : les Pays-Bas occupent la tête du classement. Néanmoins, cette étude souligne que la Belgique dispose de soins de santé remarquables en termes d'accessibilité, mais que « *les résultats qualitatifs sont peu convaincants* ». Mathieu LOUISET, chef de projet à la PAQS, nous confirme ce point de vue car il estime que la position favorable de la Belgique dans les classements internationaux est souvent liée à l'indicateur d'accessibilité des soins.

---

<sup>168</sup> N. BENSALAM, « Enquête sur le décès d'Eda, 3 ans, aux Cliniques Saint-luc », *La Libre*, 20 avril 2015, disponible sur <http://www.lalibre.be/actu/belgique/enquete-sur-le-deces-d-eda-3-ans-aux-cliniques-saint-luc-553518dd35704bb01bdd6545>.

<sup>169</sup> J. REASON, *The Human contribution : unsafe acts, accidents and heroic recoveries*, London, Ashgate, 2008, p. 112.

<sup>170</sup> Pour un avis similaire, voy. F. DAUE et D. CRAINICH, *L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies*, Bruxelles, Intinera Institute, 2008, p. 117.

<sup>171</sup> X., *European Health Consumer Index*, disponible sur : [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf).

*In fine*, nous estimons que, même si la Belgique n'a pas à rougir de la qualité de ses soins, il ne faut pas stagner, et il faut penser à une possible amélioration de la qualité des soins pour demain. Au vu des éléments de preuve apportés concernant l'accréditation, il nous apparaît que cette dernière, en plus d'évaluer objectivement la qualité, pourrait être à même de rencontrer cet objectif d'amélioration continue de la qualité. Encore faut-il analyser les possibilités de son implémentation en Belgique : ceci est l'objet des chapitres qui vont suivre.

### **Chapitre 3. La face politique de l'accréditation : paysage institutionnel belge**

« *Plus grand est l'obstacle, et plus grande est la gloire de le surmonter.* », MOLIERE, *La critique de l'école des femmes*.

Une première pierre d'achoppement à la mise en place de l'accréditation en Belgique est le paysage institutionnel. La Belgique est une réalité plurielle et complexe. Selon l'article 1<sup>er</sup> de la Constitution, la Belgique est un Etat fédéral. Elle est composée de trois Régions et de trois Communautés<sup>172</sup> : ces Régions et ces Communautés se recouvrent partiellement. Cette structure fédérale implique que les compétences sont réparties entre les différents niveaux de pouvoir, et le domaine de la santé n'échappe pas à cette règle.

La qualité est une compétence partagée entre l'Etat fédéral, les Régions, et les Communautés, ce que confirment notamment deux arrêts de la Cour constitutionnelle<sup>173</sup>. Désormais, il faut tenir compte de la sixième réforme de l'Etat par laquelle le domaine d'action des Communautés et des Régions s'est élargi dans cette matière<sup>174</sup>. Au vu de la complexité de la répartition des compétences en Belgique, nous proposons de développer les domaines d'action respectifs, mais uniquement en lien avec le sujet qui nous occupe.

L'attribution des compétences résulte d'une analyse de la combinaison de l'article 128, §1<sup>er</sup> de la Constitution et de l'article 5, §1<sup>er</sup>, I de la loi spéciale du 8 août 1980. Tout d'abord, les Communautés sont en principe compétentes pour la politique de dispensation des soins étant une matière personnalisable.

---

<sup>172</sup> Constitution, art. 2 et 3.

<sup>173</sup> C. Arb., 15 juillet 1998, n° 83/98, *M.B.*, 1<sup>er</sup> août 1998, p. 11693 (rejet du recours en annulation du décret qualité de la Communauté flamande du 25 février 1997 relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins, *M.B.*, 9 avril 1997, p. 1531.) ; C. Arb., 20 novembre 1997, n° 71/97, *M.B.*, 4 décembre 1997, p. 39561 (rejet du recours en annulation d'une loi sur l'évaluation qualitative de l'activité médicale et infirmière : loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, *M.B.*, 30 avril 1996, p. 10674).

<sup>174</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, op. cit., p. 34.

Cette règle connaît des exceptions, notamment celle concernant la loi organique (c'est-à-dire la loi précitée sur les hôpitaux de 2008) qui reste de la compétence de l'autorité fédérale. Cette dernière est également compétente pour l'assurance maladie-invalidité (INAMI). En outre, les Communautés sont compétentes pour définir les normes auxquelles les hôpitaux doivent répondre pour être agréés. Toutefois, la programmation reste de compétence fédérale (des accords bilatéraux asymétriques pouvant néanmoins être conclus lorsqu'une Communauté le souhaite), le financement des hôpitaux (hormis les éléments A1 et A3 du budget des hôpitaux qui sont transférés) reste de compétence fédérale, de même que les règles relatives à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Ensuite, les normes d'agrément édictées par les Communautés ne devront pas avoir d'impact négatif sur les budgets fédéraux, et ce à défaut d'accord bilatéral<sup>175</sup>.

Par ailleurs, la gestion et l'utilisation d'eHealth sont réglées par un accord de coopération entre l'autorité fédérale et les entités fédérées. Le principe s'appliquant ici est celui d'une obligation réciproque et inconditionnelle de partager les informations disponibles, dans le respect des droits du patient et de la loi sur la protection de la vie privée. La plateforme eHealth sera dès lors cofinancée par le fédéral et les entités fédérées<sup>176</sup>.

Par conséquent, il est compréhensible qu'au vu de la complexité du paysage institutionnel belge, il n'est pas chose aisée d'implanter l'accréditation en Belgique. Etant donné la pléthore d'acteurs, l'accréditation devrait être organisée au niveau fédéral, mais ceci est difficilement envisageable puisque la tendance n'est pas de renforcer les compétences fédérales en matière de santé, comme nous l'enseigne la sixième réforme de l'Etat. Cependant, il existe des solutions : la tâche serait rendue plus aisée si nous empruntons un référentiel d'accréditation déjà existant, comme il le sera expliqué ci-dessous, à l'image de ce à quoi se sont déjà essayés plusieurs hôpitaux belges.

---

<sup>175</sup> Loi spéciale relative à la Sixième réforme du 6 janvier 2014, art. 6, *M.B.*, 31 janvier 2014, p. 8641.

<sup>176</sup> Voir le texte de l'Accord institutionnel pour la sixième réforme de l'Etat : [http://www.lachambre.be/kvvcr/pdf\\_sections/home/FRtexte%20dirrupo.pdf](http://www.lachambre.be/kvvcr/pdf_sections/home/FRtexte%20dirrupo.pdf).

#### **Chapitre 4.** La qualité n'a pas de prix, mais elle a un coût : perspective financière

« Trois choses sont absolument nécessaires : premièrement de l'argent, secondement de l'argent, troisièmement de l'argent. », Jean-Jacques TRIVULCE, *Réponse à Louis XII*.

Le coût de l'accréditation est un des aspects de l'accréditation qui inquiète le plus les acteurs du système de santé.

##### **Section 1<sup>ère</sup>.** Etat des lieux sur l'aspect financier de l'accréditation

Le questionnement économique divise : faut-il financer l'accréditation ? Et si oui, par quels moyens ? L'aventure de l'accréditation est souvent envisagée comme étant très dispendieuse<sup>177</sup>. Il faut savoir que l'accréditation engendre deux catégories de coûts : la première concerne le contrat avec un organisme d'accréditation, et la seconde est relative à la mise en place de l'accréditation dans l'hôpital (achat de nouveau matériel, formation du personnel, rénovation de l'infrastructure de l'hôpital, etc.). Cette seconde catégorie de coûts est donc indépendante de l'organisme avec qui l'établissement de soins a contracté. Malgré le succès que rencontre l'accréditation au niveau international, il n'est pas chose aisée de trouver des études scientifiques attestant du coût de l'accréditation.

Pour ce qui concerne la **première catégorie de coûts**, à savoir les frais engendrés par les services des organismes d'accréditation, aucun tarif officiel n'existe. Généralement, les prix varient en fonction du nombre de lits, du nombre de services, ou encore de l'existence d'une collaboration avec d'autres hôpitaux. Au Canada<sup>178</sup>, la doctrine étudie la question, sans toutefois identifier avec précision le type de coûts (directs ou indirects) pris en considération<sup>179</sup>.

Quant à la **deuxième catégorie de coûts**, un groupe de recherche australien analyse actuellement la question, au sein d'un projet intitulé ACCREDIT-CBA<sup>180</sup>.

---

<sup>177</sup> A. JACQUERYE, et A.-F. PAUCHET – TRAVERSAT, « L'accréditation, une opportunité ou une contrainte pour le département en soins infirmiers ? », *op. cit.*, p. 41.

<sup>178</sup> I. BARTHELEMY, L. ROCHELEAU, R. VAILLANCOURT et J.-F. BUSSIERES, « Étude observationnelle comparative des systèmes d'agrément en Amérique du Nord et en Europe », *JCPH*, 2012, n° 65, pp. 308-315.

<sup>179</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, *op. cit.*, p. 40.

<sup>180</sup> V. MUMFORD, D. GREENFIELD et R. HINCHCLIFF, « Economic evaluation of Australian acute care accreditation (ACCREDIT-CBA (Acute)) : study protocol for a mixed-method research project », *BMJ Open*, 2013, n° 3, p. 2.

Le cœur de cette analyse correspond aux structures de soins aigus<sup>181</sup>. Ainsi, le but de ce projet est d'évaluer en profondeur l'aspect économique de l'accréditation en prenant en considération la totalité des acteurs du système de soins.

## **Section 2. Elaboration d'une perspective financière en Belgique**

Comme nous venons de l'explicitier, les études sur l'aspect financier de l'accréditation sont très maigres. Et pourtant au vu du caractère capital de ces informations dans le cadre de la conjoncture actuelle, nous ne pouvions en rester là. L'enquête a donc été menée sur le terrain.

Que les professionnels occupant une fonction de management au sein des hôpitaux soient rassurés, car selon la majorité des avis récoltés sur le sujet, le coût se révélerait être relativement anecdotique. Quelques chiffres valent mieux qu'un long discours. Pour ce qui est de la **première catégorie de coûts**, selon nos sources officielles<sup>182</sup>, le fait de contracter avec JCI, ou ACI, demanderait un budget de vingt mille à trente mille euros par an. Ces données ne sont pas vérifiables directement car il est question ici d'une négociation confidentielle entre l'organisme d'accréditation et l'hôpital<sup>183</sup>. Pour contracter avec France Accréditation, il faudrait investir une somme de quarante mille euros par cycle d'accréditation de trois ans, et ce sans compter les frais de visites. Cependant, il faut noter qu'il est encore plus complexe de chiffrer une accréditation avec la France car peu d'organismes ont contracté avec France Accréditation, comme mentionné précédemment. Rappelons que la HAS est dotée d'un statut public et ne peut accréditer à l'étranger, et que France Accréditation est un organisme privé offrant des possibilités d'accréditation à l'étranger, et ce sur base du référentiel français<sup>184</sup>.

Pour ce qui est de la **seconde catégorie de coûts**, ces derniers varient en fonction du degré d'adéquation de la qualité de l'hôpital aux exigences du manuel d'accréditation. Il ne nous est pas possible d'avancer des chiffres pour cette catégorie. Toutefois, nous nous permettons d'attirer l'attention sur quelques points. Le premier est lié au coût humain : lorsque celui-ci est invoqué, les hôpitaux pensent directement à la formation du personnel.

---

<sup>181</sup> Par soins aigus, nous entendons les interventions de soins ou thérapeutiques appliquées lors d'une maladie aiguë, d'une blessure ou d'une aggravation d'une maladie chronique. Définition issue de : J. MOONEY, *Illustrated Dictionary of Podiatry*, Londres, Churchill Livingstone, 2009, p. 81.

<sup>182</sup> Entretien avec Mathieu LOUISET, et Marc DEMESMAECKER : le 13 juillet 2015, et le 2 juillet 2015.

<sup>183</sup> *Ibidem*.

<sup>184</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, op. cit., p. 21.

Mais cela va plus loin : il ne faut pas perdre de vue qu'un coordinateur pour la mise en place de l'accréditation est souvent désigné, et donc rémunéré. Ensuite, il faut tenir compte du fait que lorsque le personnel est occupé à être formé sur tel ou tel processus accréditaire, il ne peut se démultiplier : pendant le temps de la formation, le personnel ne peut réaliser des soins. Ces coûts devront venir s'ajouter à celui de la formation en tant que telle.

Au vu de ce qui vient d'être explicité, l'accréditation nous paraît être réalisable d'un point de vue financier. Plusieurs professionnels partagent notre avis : nous pouvons notamment citer Mathieu LOUISET<sup>185</sup> (chef de projets à la PAQS), Marc DEMESMAECKER<sup>186</sup> (agent à la FIH), Jean-Bernard GILLET<sup>187</sup> (anciennement Docteur au sein de l'UZ Leuven) et Johan PAUWEL<sup>188</sup> (collaborateur chez Zorgnet Vlaanderen).

## **Chapitre 5. L'accréditation du point de vue de la transparence**

« *La clarté ne naît pas de ce qu'on imagine le clair, mais de ce qu'on prend conscience de l'obscur.* », Carl Gustav JUNG, *Ma vie. Souvenirs, rêves, et pensées*.

### **Section 1<sup>ère</sup>. Les aspirations**

La demande de transparence se fait de plus en plus pressante. Ainsi, Test-Achats, la célèbre organisation de consommateurs, a fait part, à plusieurs reprises, de son inquiétude quant au manque de transparence des hôpitaux belges. Afin d'étayer notre propos, il nous semble utile d'effectuer un recensement. Dans un communiqué du 12 février 2014<sup>189</sup>, Test-Achats s'est prononcé sur la transparence en indiquant que la lutte contre les cancers rares ou complexes nécessite expérience, compétences et infrastructures adéquates. Des hôpitaux moins bien armés prendraient pourtant en charge ces pathologies avec des conséquences dommageables pour les patients. Test-Achats demande alors de signer leur pétition réclamant plus de transparence sur les hôpitaux. A peine quatre mois plus tard, le 25 juin 2014<sup>190</sup>, l'organisation de consommateurs a à nouveau alerté l'opinion publique. Dans ce communiqué, Test-Achats a déclaré avoir recueilli plus de trente-six mille trois cents signatures de citoyens désirant pouvoir comparer la qualité des hôpitaux.

---

<sup>185</sup> Mathieu LOUISET : entretien, le 13 juillet 2015.

<sup>186</sup> Marc DEMESMAECKER : entretien, le 2 juillet 2015.

<sup>187</sup> Jean-Bernard GILLET : entretien, le 9 octobre 2014.

<sup>188</sup> K. AMROUS, « Accréditation des hôpitaux : pourquoi la Belgique est-elle à la traîne ? », *op. cit.*, p. 7.

<sup>189</sup> X., *Cancers rares : transparence et centralisation nécessaires*, 12 février 2014, disponible sur : <http://www.test-achats.be/sante/hospitalisation/en-direct/cancers-rares>.

<sup>190</sup> X., *Comparer la qualité des hôpitaux ? Cela avance du côté flamand*, 25 juin 2014, disponible sur : <http://www.test-achats.be/action/espace-presse/communiques-de-presse/2014/inspectie-ziekenhuizen>.



Aussi, l'organisation affirmait que, dans la partie flamande du royaume, un module permettant des comparaisons par thème avait pu être mis en ligne, et ce grâce aux rapports d'inspection rendus publics. Bruxelles et la Wallonie étaient alors pointés du doigt. Test-Achats s'est en effet exprimé de cette façon très explicite : « *Il est temps que cela bouge aussi à Bruxelles et en Wallonie* ».

Le 7 mai 2015, le site Internet Le Spécialiste, un carrefour d'informations dédié aux médecins spécialistes, a insinué que les hôpitaux flamands étaient plus transparents que leurs homologues wallons et bruxellois. Il s'est exprimé comme suit : « *L'inspection flamande des soins de santé publie pour la toute première fois les rapports d'inspection de quatorze hôpitaux sur son site Internet. L'occasion pour l'organisme de défense des consommateurs Test-Achats<sup>191</sup> de demander aux ministres compétents à la Région wallonne et à Bruxelles de suivre rapidement ce bon exemple* »<sup>192</sup>.

Selon nous, il est regrettable que les hôpitaux francophones ne connaissent pas un modèle similaire de transparence. En plus d'une quête grandissante de transparence des hôpitaux, cette dernière suscite aussi des questionnements, quant à ses avantages et ses inconvénients. Enfin, c'est la réaction des patients face aux comparaisons qui peut être questionnée.

## **Section 2. Positionnement sur la thématique de la transparence**

Selon nous, une meilleure transparence des hôpitaux belges est nécessaire. Pour aboutir à ceci, l'accréditation pourrait s'avérer être un moyen efficace puisqu'elle va permettre la comparaison d'hôpitaux sur base des exigences renfermées dans le référentiel.

Plusieurs arguments en faveur d'une plus grande transparence doivent être avancés. Tout d'abord, la transparence est un gage de *public accountability*. En effet, l'autorité publique peut ainsi démontrer qu'elle agit en bon gestionnaire des deniers publics, et ce dans la perspective d'offrir des soins de qualité au peuple belge.

---

<sup>191</sup> X., *Transparence des hôpitaux : une priorité pour la Flandre, uniquement ?*, 8 mai 2015, disponible sur : <http://www.test-achats.be/sante/hospitalisation/en-direct/transparence-des-hopitaux-une-priorite-pour-la-flandre-uniquement>.

<sup>192</sup> X., *Transparence*, 7 mai 2015, disponible sur : <http://www.lespecialiste.be/fr/front?page=3&qt-content=2>.

Deuxièmement, le combat contre l'opacité des résultats des inspections hospitalières possède un autre atout : le patient aura la possibilité de choisir l'hôpital de façon réfléchie puisqu'il disposera de toutes les données susceptibles d'éclairer sa décision. Corrélativement à ceci, l'accréditation permet de mesurer la qualité et rend possible un choix en connaissance de cause. Aussi, cette mise en lumière peut contribuer à garder intacte la motivation du personnel hospitalier pour une amélioration continue de la qualité. Ainsi, une plus grande transparence peut aboutir à une concurrence positive qui va pousser la qualité vers le haut.

Par conséquent, l'accréditation nous semble être la voie royale pour pallier au manque de transparence en Wallonie et à Bruxelles<sup>193</sup>. Monique BIRKEL, Directrice des soins du Centre Hospitalier de Luxembourg, partage notre avis sur ce point. Selon elle, « *l'accréditation prépare à la transparence* »<sup>194</sup>.

## **Chapitre 6. L'accueil de l'accréditation au sein de l'hôpital**

« *Atteindre le doute du doute, c'est le commencement de la certitude.* », Léon DAUDET, *Quand vivait mon père*.

Dans le but d'appréhender de façon optimale la thématique de la potentielle accréditation belge, il était capital de prendre connaissance des avis des différents protagonistes gravitant autour de l'hôpital.

### **Section 1<sup>ère</sup>. Le débat de l'accréditation au sein des professionnels de la santé**

#### **a) Des questions, des attentes et des craintes**

Du côté des professionnels, les avis divergent généralement en fonction de la position occupée au sein de l'hôpital.

D'un côté, les **chefs de service** envisagent l'accréditation comme un moyen de dynamiser les équipes.

---

<sup>193</sup> Une réflexion intéressante sur la publication des résultats comparatifs du type « *hit parade* » est proposée sur base d'une question du Sénat, mais nous ne pourrions l'expliciter davantage dans le cadre de ce travail, voy. Question n° 3-2564 de Margriet HERMANS du 29 avril 2005 (NL.), *Q.R.*, sess. 2005-2006, disponible sur : <http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPubDoc&TID=50351391&LANG=fr>.

<sup>194</sup> Monique BIRKEL : entretien du 9 octobre 2014.

Plus encore, ils soupçonnent qu'elle permettra d'accentuer la communication entre les services, mais aussi d'accroître la collaboration interdisciplinaire<sup>195</sup>. À nos yeux, au sein d'une société où la transversalité est une valeur ajoutée, cet argument est de taille.

D'un autre côté, les réticences sont plus nombreuses au sein du **personnel hospitalier** n'ayant pas à exercer des tâches liées au *leadership* au sein de l'hôpital. Les professionnels n'ayant pas d'équipe à gérer sont plus enclins à appréhender négativement le changement engendré par l'accréditation, et à le craindre.

Pour la **direction des établissements de soins**, l'accréditation permet leur reconnaissance professionnelle sous forme de « *label de qualité* ». La démarche accréditaire est assimilée à une preuve du règne de la qualité. Par conséquent, en termes de concurrence, les établissements de soins attendent de l'accréditation, qu'elle soit perçue comme un argument de poids qui dirigera le choix des patients entre les différents hôpitaux<sup>196</sup>. Ainsi, du point de vue des établissements de soins, l'étape de l'accréditation leur permettra de renforcer davantage la confiance des patients, et sera un incitant à leur fidélisation. La fermeture d'une institution ou de l'un de ses services peut également être évitée en faisant faire valoir l'accréditation<sup>197</sup>. Aussi, le contrôle extérieur, que permet l'accréditation, est assimilé positivement, car il permet une réflexion et une prise de recul qui ne seraient guère réalisées sans ce dernier. *In fine*, l'établissement de soins perçoit l'accréditation comme engendrant un sentiment d'appartenance et de fierté<sup>198</sup>.

De surcroît, un grand nombre d'**acteurs gravitant autour des hôpitaux** soutiennent l'accréditation. Tel est le cas des mutualités, des fédérations des institutions hospitalières, ou encore du SPF Santé publique. À titre d'exemple, Santhea se dit en faveur de l'accréditation, mais uniquement dans une perspective d'amélioration de la qualité, et non de sanction<sup>199</sup>.

---

<sup>195</sup> S. FRAISSE, M. ROBELET et D. VINOT, « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, 2003, n° 146, p. 160.

<sup>196</sup> A. PACCIONI et C. SICOTTE, « L'accréditation des services de santé de première ligne : l'amorce d'une nouvelle culture organisationnelle ? », *Sciences de la société*, 2010, n° 76, p. 120.

<sup>197</sup> A. JACQUERYE, et A.-F. PAUCHET – TRAVERSAT, « L'accréditation, une opportunité ou une contrainte pour le département en soins infirmiers ? », *op. cit.*, p. 41.

<sup>198</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT, et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *op. cit.*, p. 9.

<sup>199</sup> K. AMROUS, « Accréditation des hôpitaux : pourquoi la Belgique est-elle à la traîne ? », *op. cit.*, p. 7.

Pour ce qui est de l'avis du SPF Santé publique, notons tout d'abord que dans un contexte d'Etat fédéral, cet acteur ne peut contraindre à l'accréditation. Il se positionne cependant en faveur de l'accréditation. En effet, selon le docteur Margaret HAELTERMAN, Chef de service au sein de la Cellule Qualité et Sécurité du même SPF, le second plan pluriannuel, dont il a été question ci-dessus, incite, de par ses thématiques, les établissements à développer des mécanismes en lien avec la démarche accréditaire<sup>200</sup>. En outre, Zorgnet Vlaanderen se positionne clairement en faveur de l'accréditation, et se déclare « *prêt* » à l'accueillir<sup>201</sup>.

#### b) Les pistes d'analyse

Désormais en connaissance des avis généraux des différents professionnels de la santé, une coalescence peut être effectuée entre eux. En effet, il est nécessaire de prendre du recul par rapport à ces prises de position, et d'en dégager des pistes d'analyse. La façon dont est structuré l'hôpital peut nous permettre de mieux comprendre les différences d'opinions entre le personnel médical et la direction des établissements de soins. La manière d'envisager l'accréditation, dans le chef de la direction, peut aussi être expliquée en envisageant l'hôpital comme s'apparentant à une entreprise. Enfin, nous verrons qu'un changement au sein de la culture hospitalière est nécessaire en vue d'offrir un meilleur accueil à l'accréditation.

##### 1. La structure de l'hôpital

Afin d'apporter une meilleure compréhension des craintes émanant du personnel hospitalier, nous avons trouvé utile de nous pencher sur la structure institutionnelle de l'hôpital. Cette dernière peut aisément être comprise en s'outillant du schéma organisationnel de Henry MINTZBERG, auteur d'ouvrages de management.

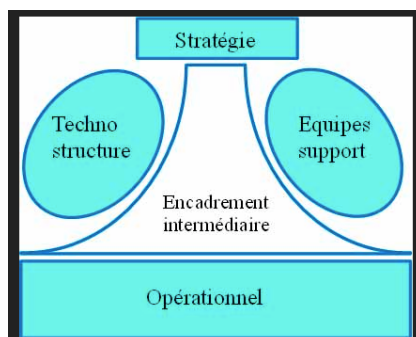
En vue de respecter les limites qui nous ont été assignées dans le cadre de cette analyse, nous présenterons le schéma de Henry MINTZBERG de façon synthétique et simplifiée : le but n'étant guère de développer l'entièreté de la théorie de l'auteur, mais de comprendre la structure de l'hôpital.

---

<sup>200</sup> J. DOUCHAMPS, A. JACQUERYE, M. LAURENT, D. LECOCQ, N. ZANDECKI et D. GAINVORSTE, « L'accréditation des hôpitaux en Belgique : une contrainte ou une opportunité ? », *QualiGuide*, 2013, n° 13, p. 40.

<sup>201</sup> K. AMROUS, « Accréditation des hôpitaux : pourquoi la Belgique est-elle à la traîne ? », *op. cit.*, p. 7.

Selon ce dernier, l'organisation est composée de cinq parties : le **centre opérationnel**, le **sommet stratégique**, l'**encadrement intermédiaire** (ou la ligne hiérarchique), la **technostructure** et les **équipes de support**<sup>202</sup>.



(issu de<sup>203</sup>)

Le modèle d'Henry MINTZBERG identifie aussi cinq types d'organisation : selon qu'une des cinq parties occupe la place la plus importante dans le schéma, un type d'organisation prend place. Ainsi, dans le cadre d'un hôpital, la partie clé est le **centre opérationnel**, de telle sorte que l'organisation à laquelle nous faisons face est une bureaucratie professionnelle<sup>204</sup>. Les caractéristiques de ce type d'organisation permettent de comprendre les tensions existantes entre les différentes composantes. *In casu*, le **centre opérationnel** est constitué majoritairement par les médecins, mais aussi par les filières médico-techniques et de rééducation. Au **sommet stratégique**, nous trouvons principalement le Conseil d'administration. La **technostructure** est quant à elle composée du département d'information médicale, de la cellule de contrôle de gestion et de certains membres de la direction des finances. Les équipes de support sont notamment tenues par la filière administrative, les services juridiques, les services de relations publiques et le restaurant d'entreprise. Enfin, l'**encadrement intermédiaire** est composé de la direction<sup>205</sup>.

Par conséquent, il est désormais aisé de comprendre que le rapport de pouvoir au sein d'un établissement hospitalier est particulier.

<sup>202</sup> J. IN 'T VELD, *Organisatiestructuur en arbeidsplaats*, Amsterdam, Elsevier, 1985, p. 121.

<sup>203</sup> X., *Mintzberg's organization*, disponible sur : <https://phcurie.wordpress.com>.

<sup>204</sup> J. IN 'T VELD, *Organisatiestructuur en arbeidsplaats*, op. cit., p. 125.

<sup>205</sup> P.-A. CONTANDRIOPOULOS et Y. SOUTEYRAND, *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey CIC, 1996, p. 8.

L'hôpital est en quelque sorte « *l'atelier du médecin* »<sup>206</sup> : ce dernier emploie les ressources que l'établissement hospitalier lui met à sa disposition, au service d'objectifs qui ne coïncident pas nécessairement avec ceux de l'institution hospitalière. En effet, la composante soignante et médicale, étant beaucoup plus prégnante (le **centre opérationnel**), peut à elle seule empêcher l'hôpital de fonctionner, dans le cas où elle viendrait à refuser catégoriquement l'accréditation. D'aucuns s'imaginent un hôpital dépourvu de médecins, d'infirmiers et de personnel soignant : ces derniers sont le noyau central de l'hôpital. C'est pourquoi l'exercice, qui consiste, pour le management, à faire adhérer les professionnels de la santé à l'accréditation est si délicat, et ne peut être fait au hasard, au risque d'aboutir à une paralysie de l'hôpital. Nous reviendrons ci-dessous aux techniques permettant la mise en place de l'accréditation dans la pratique.

## 2. *L'hôpital : une entreprise*

Une partie de la doctrine perçoit négativement le fait que l'accréditation soit notamment assimilée, par certains établissements de soins, à une vitrine attractive, et que leur but serait de se construire une place de choix dans un secteur qui n'échappe pas à la concurrence. En effet, selon Monique BIRKEL<sup>207</sup>, Directrice des soins du Centre Hospitalier de Luxembourg, « *les programmes assurant la qualité ne peuvent pas être utilisés à des fins concurrentielles mais pour rendre visible les bonnes pratiques hospitalières* ». Ces réflexions nous ont conduit à nous demander si l'hôpital peut être assimilé à une entreprise.

Cette question a toujours fait débat, et ce même chez nos voisins français où elle a opposé l'ancien Président de la République, Nicolas SARKOZY, à François HOLLANDE, Président actuel, quand ce dernier a déclaré, en février 2012, « *l'hôpital doit être considéré comme un service public et non comme une entreprise* »<sup>208</sup>. Bien que cela fasse l'objet de controverses, nous pensons que l'hôpital s'apparente à une entreprise. Tout d'abord, une entreprise est une structure économique et sociale comprenant du personnel, des locaux et des équipements appropriés et travaillant de manière organisée afin de fournir des biens ou des services à des clients potentiels dans un environnement concurrentiel ou non.

---

<sup>206</sup> *Ibidem*.

<sup>207</sup> Monique BIRKEL : entretien, le 9 octobre 2014.

<sup>208</sup> X., *Décrets médicaux : le plan d'urgence de Hollande*, 2 février 2012, disponible sur : [http://www.liberation.fr/politiques/2012/02/02/deserts-medicaux-le-plan-d-urgence-de-hollande\\_793159](http://www.liberation.fr/politiques/2012/02/02/deserts-medicaux-le-plan-d-urgence-de-hollande_793159).

Selon nous, l'hôpital peut être vu comme une entreprise, mais pas une entreprise comme les autres. Par exemple, si nous envisageons l'actualité de l'été 2012, l'hôpital Saint-Luc de Bruxelles a connu la première naissance d'un bébé issu de l'auto-transplantation de tissu ovarien, et le Docteur Corinne HUBINONT a émis de lourds soupçons sur cette première mondiale réalisée par un service obstétrique de son propre hôpital<sup>209</sup>. Dans des sociétés classiques, il serait impensable qu'un chef de département critique publiquement un autre chef de département. Pour la réputation de ces organisations, ce serait déplorable. Cette illustration prouve que l'hôpital n'est pas une entreprise classique.

L'hôpital pourrait se concevoir comme étant plutôt une « *entreprise publique de santé* ». Ainsi, l'hôpital dispose de personnes bénéficiant du pouvoir de décision (ce qui peut nous faire penser à l'assemblée générale d'une société), d'acteurs de terrains comme les médecins, les infirmiers, les aides-soignants qui effectuent leurs prestations respectives et qui font fonctionner l'hôpital. Cependant, une entreprise recherche à obtenir un profit maximal. L'hôpital, quant à lui, doit répondre immédiatement à un besoin de service pour la collectivité, et non pas acquérir du profit avant tout. L'hôpital est donc une entreprise, non pas dans une perspective capitaliste, mais en tant qu'organisation bénéficiant d'un pouvoir de gestion accru, ayant la capacité d'anticiper les besoins, prévoyant les investissements nécessaires et poursuivant un objectif bien spécifique et indispensable : l'intérêt de la collectivité dans son ensemble. Comme dans toute entreprise, la gestion d'un établissement hospitalier implique nécessairement rentabilité et viabilité économiques qu'il faut ici conjuguer avec qualité des soins.

Dans cette perspective, nous pensons que l'accréditation est souvent appréhendée par le management de l'hôpital comme une façon de se construire une bonne publicité. De nos jours, l'équilibre financier, voire le profit, relève de la plus haute importance dans toute structure : ceci n'est pas condamnable. Selon nous, l'hôpital n'y fait pas exception, et à l'inverse de la doctrine mentionnée ci-dessus, dans laquelle Monique BIRKEL s'inscrit, nous n'y voyons pas d'inconvénient, tant que l'amélioration continue de la qualité est au rendez-vous.

---

<sup>209</sup> X., *Grefte de tissu ovarien*, disponible sur : <http://www.saintluc.be/presse/communiqués/2004/2004-grefte-tissu-ovarien-fr.pdf>.

### 3. La nécessité d'un changement au sein de la culture hospitalière

Nous avons la conviction qu'une mutation doit s'opérer au sein de la culture hospitalière. Cette transformation pourrait se réaliser de deux manières : la première est liée à la façon dont les hôpitaux belges se perçoivent, tandis que la seconde concerne une proposition afin de façonner une ouverture d'esprit, au sein des praticiens de la santé, plus propice à l'accréditation.

Premièrement, les hôpitaux belges auraient tendance à se sous-estimer. En effet, selon Mathieu LOUISET, chef de projet à la PAQS, lorsqu'il présente l'accréditation à des hôpitaux belges, et qu'il explicite les expériences internationales, « *les établissements de soins manquent cruellement de confiance en eux* ». Les hôpitaux belges ont peur de ne pas être à la hauteur de leurs homologues américains. Nous sommes persuadée que ceci est une erreur de jugement. À titre d'exemple, lors de la visite d'évaluation préalable à l'accréditation, au sein de l'hôpital Notre-Dame de Grâce de Gosselies, les auditeurs externes canadiens ont pensé que « *l'institution s'est construite une réputation enviable dans la communauté grâce à la qualité des services offerts et la contribution de ses membres à tous les niveaux de l'organisation* »<sup>210</sup>. Comme exposé ci-dessus, nous n'avons pas à rougir de la qualité de nos soins, et nous devons croire davantage en nos capacités à réussir l'accréditation : nous invitons donc les hôpitaux à changer leur point de vue sur cette dimension.

Deuxièmement, il apparaît qu'un élément de taille fasse défaut : au sein des *cursus* formant les praticiens de soins, il n'y a que très peu, voire aucun, cours fournissant un apprentissage sur les mécanismes assurant la qualité des soins. Beaucoup de professionnels dénoncent ce déficit qui empêche l'évolution des mentalités et une ouverture d'esprit favorable à l'accréditation. À titre d'exemple, au sein du Master 120 en Sciences de la santé publique de la Faculté de Santé publique appartenant à l'UCL, un unique cours relatif à la qualité est dispensé, intitulé « *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique* »<sup>211</sup> : à nos yeux, ceci est loin d'être suffisant. Des améliorations vont tout de même en ce sens : ainsi, un Certificat interuniversitaire « *en management de la qualité dans les établissements de soins* », délivré en collaboration avec l'UCL et l'ULB, existe<sup>212</sup>.

---

<sup>210</sup> X., *Publication officielle de l'hôpital - La Clinique Notre-Dame de Grâce de Gosselies fait peau neuve*, disponible sur : [http://www.cndg.be/wp-content/uploads/2015/06/Dossier\\_presse\\_CNDV\\_7-VF.pdf](http://www.cndg.be/wp-content/uploads/2015/06/Dossier_presse_CNDV_7-VF.pdf).

<sup>211</sup> X., *Programme d'étude*, disponible sur : <http://www.uclouvain.be/prog-2015-esp2m.html>.

<sup>212</sup> X., *Programme d'étude*, disponible sur : <http://www.uclouvain.be/prog-2013-hqua2fc>.



Cependant, les frais d'inscription s'élevant à deux mille trois cent cinquante euros<sup>213</sup>, ce programme ne saurait être dispensé à tous les professionnels de la santé. L'Université apprend à ses étudiants un raisonnement propre à chaque domaine d'étude choisi : c'est ce raisonnement qui guidera les futurs professionnels. Il serait donc capital que les étudiants soient déjà préparés aux démarches de qualité hospitalière, y compris à l'accréditation, et ce afin de ne pas être déstabilisés par le cadre professionnel futur qui pourrait paraître plus contrôlé que ce que le *cursus* leur a laissé imaginer.

## **Section 2. Les avis des patients**

Afin d'avoir une perception cohérente de l'accueil qui est réservé à l'accréditation au sein des hôpitaux belges, il nous semblait indispensable de recueillir l'avis des patients eux-mêmes. Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête auprès de patients de différents hôpitaux à travers le pays (voy. annexe, p. 81). Afin de présenter l'enquête réalisée, nos propos s'articuleront comme suit : nous décrirons tout d'abord l'enquête en tant que telle ; ensuite nous nous pencherons sur l'échantillon qui a été analysé ; par après, nous ferons part des résultats ; et enfin, nous clôturerons avec l'interprétation de ces résultats.

Après avoir défini, de manière vulgarisée, ce à quoi se rapportait l'accréditation, l'enquête proposait aux patients de préciser leur âge. Ensuite, quatre questions étaient posées : la première s'interrogeait sur le fait de savoir si les patients avaient déjà eu connaissance de l'accréditation avant cette enquête ; la deuxième répertoriait les différentes impressions face au processus accréditaire ; la troisième analysait la confiance accordée à un hôpital accrédité ; la dernière demandait combien de kilomètres supplémentaires le patient serait prêt à parcourir pour bénéficier des soins d'un hôpital accrédité. Notons qu'afin d'être les moins invasifs possible, nous nous sommes permise d'interroger uniquement les patients, ou les visiteurs de ces derniers, rencontrés dans les halls d'accueil des hôpitaux.

Au niveau de l'échantillonnage, précisons tout d'abord que deux cent deux personnes ont été interrogées, et ce au sein de trois hôpitaux du pays, un en Wallonie, un en Région de Bruxelles-Capitale, et un en Flandre<sup>214</sup>.

---

<sup>213</sup> Montant demandé pour les sept modules s'étalant de janvier à juin 2015.

<sup>214</sup> Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth à Namur ; Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles ; AZ Saint-Maarten.

Pour ce qui est des résultats de l'enquête, nous remarquons que les réponses ne varient pas en fonction de l'âge de la personne interrogée, mais diffèrent plus en fonction de l'endroit où les personnes ont été questionnées. En Wallonie, nonante et un pourcents des personnes interrogées n'avaient jamais eu connaissance de l'accréditation avant l'enquête, pour septante-neuf pourcents à Bruxelles, et soixante et un pourcents en Flandre. Toutes régions confondues, septante-huit pourcents des personnes interviewées estiment que l'accréditation est une bonne initiative, et qu'il faut développer cela en Belgique, tandis que dix-huit pourcents pensent que cela n'a aucune utilité, trois pourcents sont d'avis que ce n'est pas faisable sans financement supplémentaire, et un pourcent pense que ce n'est pas prouvé scientifiquement. Au sein des trois Régions du pays, quatre-vingt-trois pourcents accorderaient plus de confiance à un hôpital accrédité, quinze pourcents ne seraient pas spécialement rassurés par l'accréditation et seraient indifférents à ce processus, et les deux pourcents restants se disent, au contraire, moins en confiance dans un hôpital accrédité. *In fine*, il est intéressant de scruter les résultats concernant la dernière question : vingt pourcents des personnes interrogées ne seraient pas prêtes à parcourir des kilomètres supplémentaires afin de bénéficier des soins d'un hôpital accrédité ; trente-deux pourcents pourraient sillonner les routes sur une distance entre dix et quarante kilomètres supplémentaires ; vingt-trois pourcents sur une distance entre quarante et septante kilomètres supplémentaires ; quatorze pourcents sur une distance entre septante et cent kilomètres ; sept pourcents seraient prêts à s'éloigner de plus de cent kilomètres ; et enfin seulement quatre pourcents se rendraient dans un pays voisin.

Nous proposons désormais une façon d'interpréter ces résultats. Il nous apparaît que l'accréditation apporte un sentiment de sécurité : par cette dernière, la qualité se professionnalise. Les patients envisagent souvent l'accréditation de manière positive car ils la considèrent comme une garantie : la confiance en l'hôpital est d'autant plus importante qu'il est accrédité. En effet, il existe une certitude que cet établissement offrira des soins de façon optimale, et que la prise en charge du patient se fera de façon plus intégrée.

Aussi, lorsque le patient franchit les portes de l'hôpital, il pénètre dans un univers dont seuls les initiés en connaissent les rouages. En effet, avant de nous plonger dans l'aventure accréditaire, nous ne soupçonnions pas la complexité de la structure hospitalière et tous les enjeux qu'elle recouvre réellement.

En vue de rendre davantage limpides et accessibles les normes hospitalières pour les profanes, nous prôtons une intervention plus prégnante des acteurs gravitant autour de l'hôpital, des associations de patients, et par voie de corrélation, du patient. L'accréditation rencontre cet objectif en construisant une évaluation permanente de l'implication et de la participation des associations des patients, ainsi que des patients eux-mêmes. En outre, nous pensons que les patients, de par l'accréditation, se sentiront tels de véritables acteurs, et non plus comme de simples témoins de leur prise en charge, subie de façon beaucoup plus passive. La Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) partage notre avis sur cette facette de l'accréditation<sup>215</sup>.

### **Section 3. La mise en place de l'accréditation**

Bien que pour accéder à la réussite accréditaire, la totalité du personnel doive être impliqué, le lancement du mécanisme d'accréditation est le fruit d'une décision institutionnelle<sup>216</sup>. Le management de l'hôpital doit savoir que les défis pour atteindre l'accréditation seront nombreux, notamment celui de convaincre le personnel du bienfait de l'accréditation. Ceci est nécessaire afin de créer un environnement propice à cette dernière.

Ainsi, cette phase d'appropriation doit se réaliser aussi avec une mise en commun des perceptions de chaque intervenant sur chaque acte accompli. En d'autres termes, il faut s'assurer que le même terme désigne la même réalité pour chacun : ainsi, tout l'hôpital fait l'objet d'une réflexion commune, et la justesse du propos est assurée<sup>217</sup>.

Ensuite, une fois que chacun connaît précisément la portée à donner à chaque terme, le travail se poursuit par l'examen de chaque acte posé, qu'il soit médical, administratif, ou encore qu'il relève de la gestion. Tous les aspects de l'hôpital sont analysés : c'est ce qui fait la force et la difficulté de l'accréditation<sup>218</sup>. La gestion des locaux, du matériel, des ressources humaines, mais aussi et surtout les procédures de soins, sont passés au crible.

---

<sup>215</sup> S. LANOY, « Des normes au service des patients, des normes avec les patients », *Ethica Clinica*, 2013, n° 70, p. 17.

<sup>216</sup> A. PACCIONI et C. SICOTTE, « L'accréditation des services de santé de première ligne : l'amorce d'une nouvelle culture organisationnelle ? », *op. cit.*, p. 124.

<sup>217</sup> K. WEICK, *Making sense of the organizing*, Carlton, Blackwell pub, 2001, p. 112.

<sup>218</sup> S. FRAISSE, M. ROBELET et D. VINOT, « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *op. cit.*, p. 160.

Chaque geste accompli ne doit pas être le fruit du hasard, et doit s'inscrire dans un processus<sup>219</sup>. Il faut donc réinterroger toute la pratique pour savoir avec précision qui doit faire quoi, à quel moment, de quelle façon, avec quel but, et éventuellement avec qui<sup>220</sup>.

Ce travail, de prime abord, éreintant sera facilité de par une bonne communication. Cette dernière est un des éléments le plus important pour que l'accréditation soit un succès, comme nous l'a excellemment expliqué Josiane VANKHERHOVEN<sup>221</sup>, Directrice qualité à l'Hôpital américain de Paris. Aussi, à l'hôpital Notre-Dame de Grâce de Gosselies, la direction ne cache pas « *qu'ils avancent parce qu'ils se parlent* ». La concertation est leur point d'orgue. Ainsi, une « *liste de souhaits* » a été réalisée auprès des chefs de service, et, en juin 2015, nonante-quatre pourcents des points avaient été réalisés<sup>222</sup>. De surcroît, comme l'a souligné le Docteur Jean-Bernard GILLET, afin que la communication soit au rendez-vous, il faut également un *leadership* sans faille<sup>223</sup>.

De par l'analyse de la mise en place de l'accréditation, nous pouvons remarquer que l'étape la plus complexe est la phase d'acceptation de l'accréditation. En effet, un obstacle majeur à la mise en œuvre des programmes d'accréditation est le scepticisme des professionnels de la santé par rapport à l'impact positif de l'accréditation. Nous avons déjà exposé les atouts du processus accréditaire sur la qualité des soins de santé. Mais l'accréditation a d'autres avantages à offrir : il est nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé sur ces bénéfices en vue de résoudre toute résistance qui pourrait persister.

Un des premiers avantages de l'accréditation réside dans le fait qu'elle laisse une marge de manœuvre. Ceci relève de la plus haute importance car il n'est guère envisageable de traduire en normes la complexité des situations particulières qui surviennent. De la lecture des trois référentiels d'accréditation précités, il en ressort que les exigences fixent des objectifs, mais la manière de les atteindre importe peu. Un travail de traduction entre le texte général, celui du référentiel, et du texte particulier, celui de l'organisation propre à chaque hôpital est dès lors possible.

---

<sup>219</sup> BOLAND C., « Peut-on faire l'économie de la norme lorsque l'on travaille avec l'être humain ? », *op. cit.*, p. 3.

<sup>220</sup> C. REDFIELD, *Communicatie in het bedrijf*, Amsterdam, Ruys, 1964, p. 203.

<sup>221</sup> Josiane VANKHERHOVEN : entretien, le 10 octobre 2014.

<sup>222</sup> X., *Publication officielle de l'hôpital - La Clinique Notre-Dame de Grâce de Gosselies fait peau neuve*, disponible sur : [http://www.cndg.be/wp-content/uploads/2015/06/Dossier\\_presse\\_CNDV\\_7-VF.pdf](http://www.cndg.be/wp-content/uploads/2015/06/Dossier_presse_CNDV_7-VF.pdf).

<sup>223</sup> Jean-Bernard GILLET (anciennement Docteur au sein de l'UZ Leuven) : entretien, le 9 octobre 2014.

Par conséquent, puisque les référentiels d'accréditation laissent de la place à une certaine latitude pour l'interprétation des exigences, le bon sens, la bienveillance et l'altruisme pourront continuer à éclairer la pratique médicale.

Ensuite, l'accréditation inciterait également à une meilleure communication entre les membres du personnel<sup>224</sup>. Le corps médical reconnaît lui-même l'importance de la communication. Ainsi, en février 2015, des médecins et des infirmiers ont été initiés, à l'aéroport de Zaventem, aux techniques de l'aviation civile, et plus particulièrement aux procédés de communication employés par les pilotes d'avions. Après cette formation, Philippe DEVOS, anesthésiste au CHC de Liège, a estimé que le personnel médical pouvait tirer des enseignements de la conduite des avions, en déclarant « *un message exige une réponse spécifique et il est donc interdit de dire "ok" pour toutes les réponses. Il faut donner une réponse standardisée, spécifique à chaque chose. Cela permet d'être sûr que l'on s'est bien compris* ». En outre, selon Jacques VAN ERCK, médecin responsable des quartiers opératoires du CHC de Liège, « *une bonne communication peut diminuer de deux tiers les complications opératoires ou post-opératoires* »<sup>225</sup>. La communication interservices doit être plus ancrée dans la culture hospitalière belge, et nous sommes intimement convaincue que l'accréditation pourrait contribuer à cela de façon idoine.

Un troisième atout attribué au processus accréditaire est le fait qu'il permet d'identifier les dysfonctionnements au sein de l'hôpital, et qu'il est donc générateur de changements positifs. C'est ce qu'a révélé une enquête réalisée par l'ANAES (ancienne dénomination de l'HAS) en 2001 : nonante-quatre pourcents des établissements hospitaliers accrédités estiment que l'hôpital a connu des modifications positives<sup>226</sup>. Parallèlement à ceci, le Docteur Jean-Bernad GILLET<sup>227</sup> nous a expliqué qu'il était capital de dynamiser les équipes « *en mettant en route des projets qui étaient dans le tiroir depuis longtemps* ». À titre d'exemple, lorsque l'exigence accréditaire relative à l'identification correcte des patients a été traitée, il a été demandé aux membres du personnel ce qu'ils voulaient absolument résoudre en priorité afin qu'ils soient plus enclins à collaborer pleinement pour le respect du référentiel.

---

<sup>224</sup> *Ibidem*.

<sup>225</sup> X., *Voici la solution pour limiter les erreurs médicales : apprendre aux médecins à piloter des avions*, RTL Info, 26 février 2015, disponible sur : <http://www.rtl.be/info/belgique/societe/voici-la-solution-pour-limiter-les-erreurs-medicales-apprendre-les-medecins-a-piloter-des-avions-703728.aspx>.

<sup>226</sup> V. DAUCOURT et P. MICHEL, « L'accréditation passée au crible dans 100 premiers comptes rendus publiés par l'ANAES », *Gestions Hospitalières*, avril 2002, p. 15.

<sup>227</sup> Jean-Bernad GILLET (anciennement Docteur au sein de l'UZ Leuven) : entretien, le 9 octobre 2014.

Ainsi, le personnel s'est tout d'abord vu doté de plusieurs imprimantes à bracelets pour les patients, comme il l'avait demandé<sup>228</sup>.

De surcroît, l'accréditation, par le recours à l'auto-évaluation, génère un retour réflexif sur l'organisation et les pratiques de l'hôpital. Une culture de remise en question peut ainsi s'installer progressivement. Corrélativement à ceci, c'est une philosophie de la qualité qui peut alors émerger<sup>229</sup>.

Quatrièmement, selon Ludo MEYERS, Directeur de soins à l'hôpital Virga Jessa à Hasselt, l'accréditation est également une plus-value pour ce qui est de la mise au point de la gestion documentaire. En effet, la masse documentaire étant très vaste, il est indispensable de correctement l'organiser en vue de retrouver le plus rapidement possible une information<sup>230</sup>.

Par ailleurs, selon Odile FIMA, Directrice des soins infirmiers en région de Loire, elle estime que l'accréditation en France a permis d'accroître la valorisation des métiers et des compétences, de renforcer la motivation des équipes, d'injecter davantage de pertinence au sein des actes médicaux, mais aussi d'augmenter les synergies inter-hospitalières<sup>231</sup>.

Enfin, une fois l'accréditation obtenue, cette dernière laisse place à l'apaisement. Lorsque tous les protagonistes de l'hôpital partagent la même approche, que chaque besoin a été pris en compte, que tous les savoirs ont été révisés et réappropriés de façon homogène par tous, l'accréditation permet la mise en place d'une atmosphère apaisante pour le personnel, et par voie de conséquence, pour le patient.

*In fine*, la mise en place de l'accréditation peut se résumer par les propos de Michel THUMERELLE, Directeur adjoint au CHR de Lille, qui a déclaré : « *irriguer la qualité du sommet au terrain, cela se construit dans le temps* »<sup>232</sup>.

---

<sup>228</sup> Jean-Bernard GILLET (anciennement Docteur au sein de l'UZ Leuven) : entretien, le 9 octobre 2014.

<sup>229</sup> SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, op. cit., p. 79.

<sup>230</sup> *Idem*, p. 161.

<sup>231</sup> *Idem*, p. 118.

<sup>232</sup> *Idem*, p. 91.

## **Chapitre 7. L'accréditation belge : aspects procéduraux**

« *Je ne crois pas aux improvisateurs. En réalité, le grand art est toujours le produit d'une extraordinaire habilité technique.* », Federico ZERI, *J'avoue m'être trompé : fragments d'une autobiographie*.

La Belgique ne peut s'engager dans la voie de l'accréditation, sans en déterminer, au préalable, ses aspects procéduraux.

### **Section 1<sup>ère</sup>. Organisme d'accréditation**

#### **a) Le questionnement en cours**

Certains s'interrogent sur l'intervention d'organismes privés pour l'accréditation hospitalière. Il s'agit de déterminer si elle est souhaitable au regard des politiques de santé publique. Dans l'affirmative, comment articuler cet organisme avec les autorités publiques qui gèrent le financement du système des soins de santé mis en place par la sécurité sociale, et avec celles qui veillent au respect des aspects législatifs ? Par ailleurs, le débat est toujours vif sur le fait que l'accréditation doit vivre de façon autonome, ou bien si, *a contrario*, elle doit plutôt être considérée comme une délégation de service public<sup>233</sup>.

#### **b) Positionnement sur la question**

Nous ne sommes pas en faveur d'une agence complète d'accréditation belge. Les avis varient sur la question : cela relève d'une vision plus libérale, ou au contraire plus socialiste des soins de santé. L'optique libérale penche vers une diminution des pouvoirs de l'Etat, au profit d'un organisme d'accréditation international.

Cependant, notre opinion s'affranchira de considérations politiques, car nous avons la volonté que notre travail soit guidé par une recherche scientifique, et non par une influence politique. Notre analyse sera présentée sous forme d'un diptyque : il faut, en effet, distinguer l'organisme d'accréditation belge selon qu'il prendrait la forme d'une organisation internationale, ou d'une autorité publique, à l'exemple de la HAS.

---

<sup>233</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT, et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *op. cit.*, p. 9.

Quelle que soit la forme choisie, nous admettons que la mise en place d'un organisme d'accréditation belge ne serait pas la chose la plus coûteuse qu'il soit. Il suffirait d'un petit nombre de professionnels, à qui il faudrait fournir un local, qui s'occuperaient des aspects administratifs, et de ceux liés à la gestion. Pour ce qui est de la réalisation des audits, il pourrait être fait appel à des consultants externes qui seraient uniquement rémunérés à la mission.

Toutefois, quelle que soit la forme, privée ou publique, que prendrait une agence complète d'accréditation belge, il n'est pas censé d'investir de l'argent pour rédiger un nouveau référentiel (éventuellement faudrait-il engager des frais de traduction pour que chaque communauté linguistique soit satisfaite), alors qu'il existe des référentiels qui ont fait leurs preuves depuis plus de soixante ans (tel celui du JCI), ayant laissé derrière eux leurs maladies de jeunesse.

Dans l'hypothèse où l'agence complète d'accréditation belge serait un **organisme international**, le premier élément qui nous interpelle est que le marché commercial n'est pas assez important pour être développé. Quelle que soit la langue nationale choisie pour l'élaboration d'un référentiel belge, elle serait difficilement exportable à l'étranger. Nous serions, tel France Accréditation, avec un très petit nombre d'institutions de soins à accréditer. Il faut garder à l'esprit que le choix d'un référentiel s'effectue en premier lieu sur base de la langue. Si la langue néerlandaise est choisie, à part la Hollande qui possède son propre référentiel issu de la NIAZ, aucun pays proche ne dispose du néerlandais comme langue nationale. Le raisonnement est identique pour la langue française : la plupart des pays francophones sont déjà accrédités par France Accréditation, et le Canada dispose aussi de son propre référentiel.

Emettons maintenant le postulat que l'agence complète d'accréditation belge soit une **autorité publique**. Cette solution frôle l'impossible, et ce en raison de la répartition des compétences en matière de soins de santé, telle que décrite ci-dessus.

*In fine*, emprunter le référentiel d'un autre pays, à l'image de ce qu'ont déjà fait certains hôpitaux belges, revient à s'éviter beaucoup d'ennuis inutiles, et aboutit à un gain de temps considérable, puisque nous ne passerions pas par la phase de la rédaction d'un référentiel.

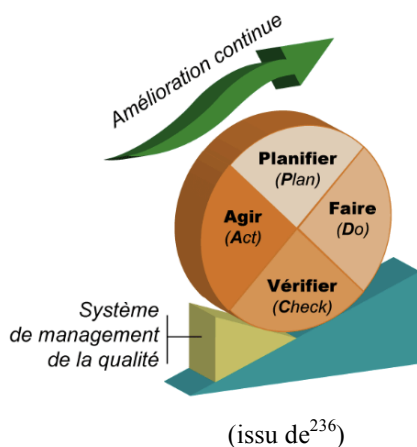


Afin de synthétiser notre pensée à ce sujet, nous nous permettons d'emprunter les mots des illustres auteurs François DAUE et David CRAINICH qui s'expriment, au sujet de l'accréditation : « *ne nous réinventons pas la roue et inspirons-nous de nos voisins* »<sup>234</sup>.

## **Section 2. Les étapes de l'accréditation**

Il nous semble utile de nous interroger sur la mise en place concrète de l'accréditation dans les établissements de soins. L'implémentation de l'accréditation nécessite un accord préalable quant aux différentes étapes à réaliser en vue d'atteindre le but accréditaire.

A cette fin, nous proposons cinq étapes qui pourraient être celles de la future accréditation hospitalière belge. Notre suggestion de cet enchaînement d'étapes a été rendue possible de par la lecture des référentiels ACI, JCI et HAS, tel que mentionné ci-dessus. Les cinq étapes proposées se succèdent selon le mécanisme qui gouverne la roue de DEMING. Cette dernière applique la démarche de gestion de la qualité, appelée PDCA (*Plan-Do-Check-Act*). La roue de DEMING emprunte son nom à celui du statisticien William Edwards DEMING qui a mis en lumière l'outil PDCA, dans les années 1950, bien que cet outil ait été conçu par un autre statisticien américain, Walter Andrew SHEWHART<sup>235</sup>.



### **a) La demande**

Une demande, sous forme d'un dossier de candidature, est formulée par l'hôpital à l'attention de l'organisme d'accréditation.

<sup>234</sup> F. DAUE et D. CRAINICH, *L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies*, op. cit., p. 117.

<sup>235</sup> H. AOUDIA et Q. TESTA, *Perfect Quick Response Quality Control*, Paris, Maxima, 2012, pp. 49-62.

<sup>236</sup> X., *PDCA*, disponible sur : <http://www.kaizen-skills.ma>.

A la suite de ceci, les deux protagonistes pourront formaliser leur accord de volonté par un contrat qui renfermera les modalités pratiques de la visite, c'est-à-dire sa planification et son coût.

b) L'auto-évaluation

Le manuel d'accréditation est le substrat rendant possible l'auto-évaluation. En effet, en référence à ce dernier, le personnel de l'établissement de soins va réaliser sa propre évaluation de la qualité et de la sécurité. Une fois la méthodologie choisie pour opérer cette évaluation, l'hôpital pourra transmettre les résultats récoltés à l'organisme d'accréditation. Un *gap analyze* est alors effectué : l'analyse de l'écart entre la situation de l'hôpital et la situation à laquelle l'hôpital doit aboutir pour être accrédité. Selon les professionnels de la santé que nous avons rencontrés, ils sont tous unanimes pour dire qu'il faut entre deux à trois ans pour obtenir le label d'accréditation.

c) La visite d'accréditation

La visite d'accréditation est menée par des experts visiteurs ayant été formés par l'organisme d'accréditation, et se révélant être des spécialistes de la santé. Cette visite est effectuée dans le but d'objectiver le degré de qualité atteint, mais aussi la présence d'une dynamique d'amélioration.

De par l'observation des mécanismes d'accréditation étrangers, nous constatons que cette étape est relativement labile. En effet, cette dernière évolue perpétuellement. À titre d'exemple, le concept du « *patient traceur* » a récemment vu le jour en France<sup>237</sup> (il était déjà présent dans le JCI et l'ACI) : l'année 2004 a, en effet, été l'année d'inauguration de cette technique. Cette dernière nous apparaît être une idée alliciente, et pourrait convenir au système belge.

Sur le terrain, cette méthode pourrait se dérouler comme suit : les experts visiteurs sélectionnent un patient sur base d'une situation clinique complexe, et ils approchent l'ensemble du personnel ayant contribué, directement ou indirectement, à la prise en charge du patient.

---

<sup>237</sup> Voy. Guide méthodologique concernant le patient traceur en établissements de santé, rédigé par la Haute Autorité de Santé française, disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide\\_methodo\\_patient\\_traceur.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf).

Concrètement, l'admission du patient, en passant par la prise en charge éventuelle médicamenteuse, l'éventuel recours au bloc opératoire, ou encore l'analyse de la coordination avec les kinésithérapeutes, mais aussi les droits du patient<sup>238</sup> (intimité, dignité, confidentialité, droits d'accès aux soins de santé), jusqu'à sa sortie (ou son transfert) sont passés au crible. Ensuite, si l'état de santé du patient le permet et si cela n'est pas en désaccord avec sa volonté, un entretien est réalisé avec ce dernier.

La méthode du « *patient traceur* » possède une double originalité. Dans un premier temps, elle s'appuie sur l'expérience vécue par le patient. Dans un second temps, celle-ci nécessite d'impliquer, au sein d'un travail collaboratif, l'ensemble du personnel contribuant à la prise en charge du patient. Cette approche, sans jugement et sans recherche de la culpabilité, favorise la communication entre les différents services hospitaliers. Une telle analyse sur les actions de l'ensemble des professionnels, ayant contribué à la prise en charge du patient, nous semble judicieuse afin de renforcer la dynamique d'équipe, et par extension la qualité des soins. Un contrôle de ce type est novateur, et permet de mieux faire comprendre la démarche accréditaire à tous, et d'en devenir réellement acteur<sup>239</sup>. Selon nous, les critères du référentiel peuvent d'autant plus être contrôlés, lorsqu'une méthode proche de la réalité hospitalière a été choisie.

#### d) Le rapport d'accréditation

Afin qu'aucun aspect de la visite ne soit obombré, un rapport est rédigé lorsque celle-ci touche à sa fin. Ce rapport renferme une décision d'accréditation qui varie selon les résultats obtenus. Dans le cas où un contrôle postérieur s'avère nécessaire, les échéances et les modalités de ce dernier devront être déterminées de commun accord.

Après le transfert du rapport à l'organisme d'accréditation, ce dernier le validera, le cas échéant, et procèdera à son envoi au directeur de l'établissement hospitalier<sup>240</sup>.

---

<sup>238</sup> Voy. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

<sup>239</sup> P. DUBIEL, « Preparing for a JCAHO survey : utilization of imaging specific tracers », *Radiol Manage*, 2007, n° 29, p. 30.

<sup>240</sup> A. JACQUERYE, D. LECOCQ, D. GAINVORSTE, J. DOUCHAMPS, N. ZANDECKI, N. DELMOTTE, O. FIMA, M. LAURENT, et M. PIRSON, « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *op. cit.*, p. 8.

e) La poursuite de la démarche d'amélioration

L'accréditation est accordée pour une période déterminée s'étalant, dans la plupart des cas, de deux à cinq ans. Afin que la voie d'amélioration soit rendue pérenne, un renouvellement est donc indispensable<sup>241</sup>.

**Conclusion**

Au terme de ce Mémoire, il convient d'apporter un retour réflexif sur l'ensemble du mécanisme accréditaire, analysé au fil des pages.

En se laissant guider à travers les chemins esquissés dans l'*incipit*, il a tout d'abord été possible d'appréhender les concepts centraux de ce travail. En effet, la qualité étant le fil conducteur de notre analyse, il était essentiel d'en baliser les contours. Aussi, même si d'aucuns n'ignorent ce à quoi se rapporte un hôpital, il n'est pas si aisé de comprendre son envergure, sa dynamique et sa complexité : il était alors nécessaire d'apporter une esquisse d'explications. Enfin, il n'était guère envisageable de poser le cadre conceptuel sans définir l'objet de notre travail : le concept d'accréditation a donc été mis en lumière.

Ensuite, il était essentiel de dessiner le paysage qualitatif existant à l'heure actuelle. De ceci, il ressort qu'il existe de nombreuses initiatives mises en place au niveau national, mais aussi à l'échelle européenne et internationale, en vue de faire régner la qualité au sein de nos hôpitaux belges. L'objectif qualitatif fait l'objet d'efforts soutenus qu'il ne faut point omettre de mentionner, et il est certain que l'exigence de qualité hospitalière est au cœur des préoccupations de tous.

Cependant, après avoir dressé le portrait de la qualité hospitalière en Belgique, nous avons pu remarquer la délétère confusion qui y règne. Le principal mécanisme veillant à la qualité des soins n'est plus de première jeunesse : certaines normes d'agrément sont, en effet, restées inchangées depuis l'arrêté royal du 23 octobre 1964<sup>242</sup>.

---

<sup>241</sup> *Ibidem*.

<sup>242</sup> A.R. du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964, p. 11709.

Malgré la pléthore de projets récents qui accompagnent le mécanisme d'agrément, il nous semble que la gestion de la qualité est excessivement fragmentée : celle-ci souffre d'un manque cruel de cohérence et de coordination. Ce galimatias ne sert guère l'exigence de qualité. À nos yeux, un instrument commun aux hôpitaux belges doit être mis en place permettant d'insuffler une homogénéité dans le domaine qualitatif. Les mécanismes existant à l'heure actuelle ne doivent pas être écartés, mais plutôt englobés dans un cadre unique.

À partir de ce dernier constat, nous avons sondé la capacité de l'accréditation à devenir une solution envisageable en vue de parer à cette dispersion d'initiatives qualitatives. Le processus accréditaire fait en effet l'objet d'un intérêt de plus en plus vif en Belgique. Cependant, la complexité du paysage institutionnel belge est une lourde pierre d'achoppement à la mise en place éventuelle de l'accréditation dans nos hôpitaux. *De facto*, en vue d'obvier à cette difficulté, nous avons, après avoir clôturé l'introspection belge et son état des lieux des mécanismes qualitatifs, élargi nos horizons en vue de nous inspirer des expériences vécues dans d'autres pays.

Ainsi, puisque cela frôle l'impossible que de tenter d'organiser l'accréditation à tous les niveaux de pouvoir (et ce, en raison de la répartition des compétences en matière de soins de santé), nous avons pris le parti de proposer aux hôpitaux belges, désireux d'être accrédités, d'opter pour un référentiel étranger ayant déjà fait ses preuves, et ses maladies de jeunesse. En effet, au lieu d'aménager un organisme d'accréditation et un référentiel belges, nous penchons davantage sur l'utilisation de référentiels internationaux existants, pouvant être choisis en fonction des besoins et des attentes propres à chaque hôpital. Parallèlement à ceci, l'analyse des référentiels de la JCI, de la HAS et de l'ACI a montré que ces trois référentiels possédaient de nombreuses thématiques communes. Il en découle une constatation de taille : l'accréditation peut dès lors se préparer sans que l'hôpital n'ait déjà porté son choix sur un des référentiels.

Néanmoins, selon nous, il faut se garder de penser que cette orientation vers des référentiels étrangers dédouanerait les instances politiques belges. Nous encourageons en effet les responsables politiques à récompenser les dynamiques d'accréditation, par l'octroi d'avantages pour les hôpitaux accrédités : une enveloppe budgétaire un peu plus importante, ou un contrôle d'agrément plus léger (à l'image de ce qui est déjà en vigueur en Flandre) pourraient être des solutions seyantes.

En outre, l'autorité fédérale aura également un rôle à jouer auprès des entités fédérées, en vue de mettre à néant toute différence de traitement entre elles, notamment en les incitant à participer pleinement à la démarche accréditaire. Il ne faudrait pas qu'une seule entité fédérée soit réfractaire à l'accréditation, tandis que les autres se lanceraient dans le processus, de par l'octroi d'avantages aux hôpitaux accrédités situés sur leur territoire.

Bien que les référentiels analysés au cours de la troisième partie de cette étude ne soient pas belges, l'ultime partie a pu démontrer que leur utilisation correspond à la réalité du terrain national. Par une approche multidisciplinaire, notre propos a été de saisir les différentes craintes et questions que suscite l'accréditation en Belgique, et d'y apporter systématiquement une tentative personnelle de réponse. Ainsi, nous avons construit une vision à trois cent soixante degrés autour de l'accréditation en appréhendant plusieurs de ses facettes : l'aspect normatif, probant, politique, mais aussi économique ont été abordés. Avant de se pencher sur l'accueil réservé à l'accréditation au sein du milieu hospitalier, c'est la question de la transparence, toujours de plus en plus pressante, qui a été évoquée. Enfin, une étude de faisabilité ne pouvait faire l'impasse sur les démarches procédurales, en vue de proposer un mécanisme accréditaire adapté à la culture et aux spécificités du système hospitalier belge.

L'histoire de l'accréditation que nous avons narrée touche à sa fin. Au fur et à mesure que nous avons construit ce récit, et que se sont animés les protagonistes œuvrant dans le domaine médical, notre première impression positive face à l'accréditation s'est renforcée, avant de devenir une ferme conviction. En effet, au delà de sa capacité à stimuler la qualité des soins, l'accréditation s'est révélée être un instrument précieux dans beaucoup d'établissements hospitaliers déjà accrédités : loin d'être un carcan administratif supplémentaire, la démarche accréditaire permet de maîtriser, dans les moindres détails, l'exhaustivité des éléments relevant du travail quotidien de l'hôpital. Le corps médical n'échappe guère à cette dynamique de clarification : obtenir l'adhésion du personnel sera probablement l'obstacle le plus assidu à surmonter. Cette acceptation de l'accréditation est pourtant indispensable : une démarche qualité n'est en effet pas envisageable s'il n'y a point de personnel pour la porter, l'habiter et la faire exister. L'être humain reste en effet l'épine dorsale de l'hôpital, et plus généralement, de la médecine. Un exercice de communication habile et un excellent *leadership* pourront toutefois suffire afin d'atteindre le consensus.

Une fois que la démarche accréditaire est apprivoisée, chacun connaît précisément où ses obligations débutent, et où elles prennent fin. Chaque membre de l'hôpital, du directeur au personnel d'entretien, sait avec exactitude quelle place il occupe dans une structure hospitalière, désormais simplifiée : cette position est également connue et reconnue par tous.

De surcroît, l'amélioration de la qualité est, à nos yeux, un parcours d'apprentissage. L'accréditation doit alors être envisagée comme une démarche permanente en vue de cultiver une dynamique de qualité pérenne ne pouvant s'essouffler entre les différentes visites d'accréditation. Aussi, nous estimons que les hôpitaux belges peuvent se targuer d'être compétents d'un point de vue qualitatif. Corrélativement à ceci, l'accréditation permettrait de prouver cette qualité en la mesurant de façon objective. De cette manière, les efforts des établissements hospitaliers belges pourraient être mis en lumière. Cependant, nous pensons que, même si la qualité est déjà au rendez-vous, il y a toujours matière à s'améliorer et à viser l'excellence en matière de santé humaine, domaine si fragile et précieux. Nous sommes pertinemment convaincue que l'accréditation rencontre cet objectif de perfectionnement, mais uniquement lorsque celle-ci est considérée, non pas comme un but, mais comme un moyen dont le leitmotiv est d'encourager la qualité et la sécurité. Loin d'être illusoire, l'accréditation résiste à toutes les objurgations, et se révèle être une réelle panacée dans le domaine de la qualité hospitalière.

Le système des soins de santé belge a toujours su s'adapter brillamment aux évolutions de notre société, notamment en intégrant progressivement les éléments qualitatifs à la culture hospitalière. L'accréditation est la progression logique de cette évolution. Nous avons foi en la capacité de nos hôpitaux : nul doute qu'ils relèveront avec succès les défis du XXI<sup>ème</sup> siècle en osant le *challenge* de l'accréditation. Est-ce que la proposition d'accréditation, telle qu'élaborée *in casu*, pourra devenir un instrument d'accompagnement, et, prendre vie sur le terrain hospitalier ? C'est l'avenir qui nous l'enseignera.

*In fine*, nous clôturons ce Mémoire, à l'image de sa conception, en empruntant l'apophtegme de David KEARNS<sup>243</sup>, ancien député américain, qui a affirmé « *in the race for quality, there is no finish line* »<sup>244</sup>.

---

<sup>243</sup> D. KEARNS, « In the race for quality, there is no finish line », *Black Enterprise – Annual careers and opportunities issue*, février 1990, p. 12.

<sup>244</sup> Traduction : « Dans la course à la qualité, il n'y a pas de ligne d'arrivée ».





# **Annexe**



## Questionnaire : Mémoire : version française

Bonjour, je suis étudiante en deuxième Master en droit à l'UCL. Je réalise mon mémoire sur l'accréditation hospitalière : pour ce faire, je me permets de sonder des patients de différents hôpitaux pour récolter vos opinions, qui seront utiles afin de mieux appréhender une éventuelle accréditation hospitalière belge.

Merci beaucoup de prendre quelques minutes de votre temps !

### L'accréditation : qu'est-ce que cela signifie ?

L'accréditation des établissements de santé est une méthode d'évaluation externe, généralement volontaire. Elle fait référence à une démarche professionnelle par laquelle un hôpital apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées dans un manuel, c'est-à-dire « le référentiel », préconisé par un organisme d'accréditation.

Celle-ci a pour objectif de consolider le processus d'amélioration continue de la qualité.

L'accréditation est déjà présente dans beaucoup de pays européens, aux Etats-Unis, ou encore au Canada. En Belgique, seulement quelques hôpitaux, majoritairement en Flandre, se sont lancés dans l'aventure. La plupart des hôpitaux belges ne sont pas accrédités.

Âge du participant : ....

1) Aviez-vous déjà eu connaissance de l'existence de l'accréditation avant cette enquête ?

- ☐ Oui, je savais d'ailleurs très bien à quoi elle s'identifiait
- ☐ Oui, j'en avais déjà entendu parler, mais je ne savais pas exactement de quoi il s'agissait
- ☐ Non

2) Quelle est votre impression face à l'accréditation ? (plusieurs réponses peuvent être cochées)

- ☐ C'est une bonne initiative, il faut développer cela en Belgique
- ☐ Sans financement supplémentaire, ce n'est pas possible
- ☐ Ce n'est pas prouvé scientifiquement
- ☐ Le corps médical ne sera pas d'accord
- ☐ Cela ne présente aucune utilité

3) Accorderiez-vous davantage de confiance à un hôpital accrédité ?

- ☐ Oui, je serais plus rassuré(e)
- ☐ Non, au contraire
- ☐ Pas spécialement, cela m'indiffère

4) Seriez-vous prêt(e)s à parcourir des kilomètres supplémentaires pour bénéficier des soins d'un hôpital accrédité ?

- ☐ Non
- ☐ Oui, entre 10 et 40 km
- ☐ Oui, entre 40 et 70 km
- ☐ Oui, entre 70 et 100 km
- ☐ Oui, je serais prêt(e) à m'éloigner de plus de 100 km
- ☐ Oui, je serais prêt(e) à me rendre dans un pays voisin

Merci pour votre contribution !  
Elodie Graindorge



## **Bibliographie**

### **1. Législation**

#### *Instruments européens :*

- Directive (UE) n° 24/2011 du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011, relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, *J.O.U.E.*, L 88, du 4 avril 2011, p. 45.
- Version consolidée du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (signé à Rome le 25 mars 1957), *J.O.U.E.*, C 326, du 26 octobre 2012, p. 1.
- Décision (UE) n° 1082/2013 du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013, relative aux menaces transfrontalières graves sur la santé, *J.O.U.E.*, L 293, du 5 novembre 2013, p. 1.

#### *Constitution, Lois et Décrets belges:*

- Constitution, art. 1<sup>er</sup>, art. 2, art. 3 et art. 128.
- Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 septembre 1980, p. 9434.
- Loi coordonnée du 7 août 1987 sur les hôpitaux, *M.B.*, 7 octobre 1987, p. 14652.
- Décret du 25 février 1997 relatif à la gestion totale de la qualité dans les établissements de soins, *M.B.*, 9 avril 1997, p. 1531.
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.
- Décret du 17 octobre 2003 relatif à la qualité des structures de soins de santé et d'aide sociale, *M.B.*, 2 novembre 1993, p. 2916.
- Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 7 novembre 2008, p. 58624.
- Loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et diverses dispositions, *M.B.*, 13 octobre 2008, p. 54454.
- Loi spéciale relative à la Sixième réforme du 6 janvier 2014, *M.B.*, 31 janvier 2014, p. 8641.

#### *Arrêtés royaux belges :*

- A.R. du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964, p. 11709.
- A.R. du 15 décembre 1978 fixant des normes spéciales pour les hôpitaux et services universitaires, *M.B.*, 4 juillet 1979, p. 7518.

- A.R. du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'Arrêté royal du 7 août 1987, *M.B.*, 25 décembre 1987, p. 19511.
- A.R. du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, *M.B.*, 21 février 1989, p. 2967.
- A.R. du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux, *M.B.*, 25 mars 1999, p. 9552.
- A.R. du 7 juin 2004 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital universitaire, de service hospitalier universitaire, fonction hospitalière universitaire ou programme de soins hospitalier universitaire, *M.B.*, 10 août 2004, p. 59511.
- A.R. du 10 août 2005 désignant des hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire, *M.B.*, 12 septembre 2005, p. 39777.
- A.R. du 31 janvier 2006 portant création du système BELAC d'accréditation des organismes d'évaluation de la conformité, *M.B.*, 3 février 2006, p. 1394.
- A.R. du 27 avril 2007 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité infirmière dans les hôpitaux, *M.B.*, 4 juin 2007, p. 30200.

#### Travaux parlementaires belges :

- 159<sup>e</sup> cahier d'observations adressé par la Cour des comptes au Parlement de la Communauté française, *Doc. Parl.*, Parl. Comm. Fr., sess. 2002-2003, n° 350/1, p. 53, disponible sur : [https://www.ccrek.be/docs/159e\\_14e\\_c\\_obs\\_c\\_fr.pdf](https://www.ccrek.be/docs/159e_14e_c_obs_c_fr.pdf).
- Question n° 3-2564 de Margriet HERMANS du 29 avril 2005 (NL), *Q.R.*, sess. 2005-2006, disponible sur : <http://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPubDoc&TID=50351391&LANG=fr>.

## **2. Jurisprudence**

- C. Arb., 20 novembre 1997, n° 71/97, *M.B.*, 4 décembre 1997, p. 39561.
- C. Arb., 15 juillet 1998, n° 83/98, *M.B.*, 1<sup>er</sup> août 1998, p. 11693.
- C.E., 8 janvier 2002, n°102/421, disponible sur <http://www.raadvstconsetat.be/Arrets/102000/400/102421.pdf#xml=http://www.raadvstconsetat.be/apps/dtsearch/getpdf.asp?DocId=381&Index=c%3a%5csoftware%5cdtsearch%5cindex%5carrêts%5ffr%5c&HitCount=1&hits=25b9+&77121220153023>.

### 3. Doctrine

#### Doctrine belge :

- AMROUS K., « Accréditation des hôpitaux : pourquoi la Belgique est-elle à la traîne ? », *Health Forum – Magazine de l'Union Nationale des Mutualités Libres*, mars 2010, n° 1, pp. 3-17.
- BOLAND C., « Peut-on faire l'économie de la norme lorsque l'on travaille avec l'être humain ? », *Ethica Clinica*, 2013, n° 70, pp. 2-8.
- CHRISTIAENS J. et VANHEE C., *De boekhouding van de ziekenhuizen*, Bruxelles, Kluwer, 2013.
- CROMMELYNCK A., DEGRAEVE K. et LEFÈVRE D., « L'organisation et le financement des hôpitaux », *MC-Informations*, septembre 2013, n° 253, pp. 4-48.
- CUYPERS R., DILLEN M., DE GENDT T., D'HUYS S., GOVAERTS G., HELLEMANS L., NYS H., OSSIEUR S., VAN DEN EEDEN E. et VAN DYCK H., *Zakboekje voor het ziekenhuis – Arts en management*, Brussel, Kluwer, 2014.
- DAUE F. et D. CRAINICH, *L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies*, Bruxelles, Intinera Institute, 2008.
- DEWALLENS F., DUVILLIER G. et VAN GOETHEM R., « De bestuurlijke regulering van het ziekenhuis », in *Europa*, Anvers, Maklu, 1996, pp. 62-83.
- DE WITTE K., EECKLOO K. et VLEUGELS A., *Arts in het ziekenhuis*, Antwerpen, Lannoo Campus, 2011.
- DOUCHAMPS J., JACQUERYE A., LAURENT M., LECOCQ D., ZANDECKI N. et GAINVORSTE D., « L'accréditation des hôpitaux en Belgique : une contrainte ou une opportunité ? », *QualiGuide*, 2013, n° 13, p. 40.
- ERALY A., *Le pouvoir enchaîné : être ministre en Belgique*, Bruxelles, Labor, 2002.
- FORNACIARI D., CALLENS S. et SCHOKKAERT E., *Ziekenhuizen, mededingingsrecht en recht op kwaliteitsvolle zorg*, Anvers, Intersentia, 2010.
- HERVEG J. et MASSION J., *La protection des données du patient dans l'hôpital*, Waterloo, Kluwer, 2009.
- JACQUERYE A., LECOCQ D., GAINVORSTE D., DOUCHAMPS J., ZANDECKI N., DELMOTTE N., FIMA O., LAURENT M. et PIRSON M., « L'accréditation des hôpitaux pour assurer un fonctionnement de qualité », *Hospitals - Revue officielle de l'Association Belge des hôpitaux*, janvier-mars 2014, n° 12, pp. 7-10.
- KERMISCH C., « L'éthique à l'épreuve de l'inflation des normes dans la pratique clinique », *Ethica Clinica*, 2013, n° 70, pp. 2-8.

- LANOY S., « Des normes au service des patients, des normes avec les patients », *Ethica Clinica*, 2013, n° 70, pp. 15-22.
- LONGNEAUX J.-M., « Toujours plus de normes...pour soigner mieux ? », *Ethica Clinica*, 2013, n° 70, pp. 2-3.
- MASSION P., « Définitions et champ d'application », in *Guide de droit hospitalier*, Bruxelles, Kluwer, 2007, pp. 8-29.
- MERTENS R. et DE BÉTHUNE X., « Évaluation externe de la performance hospitalière : rôle des organismes assureurs et choix d'avenir », *Hospitals - Revue officielle de l'Association Belge des hôpitaux*, 2001, pp. 2-9.
- PRIMIS A., « Doorwerking van het internationale verdragsrecht in het nationale gezondheidsrecht », *VI. T. Gez.*, 1992-93, pp. 3-9.
- THIEL P., « Les hôpitaux en Belgique - Fonctionnement et financement », *Rev. dr. Santé*, 2000, pp. 16-22.
- THIEL P., *Manuel de droit hospitalier*, Bruxelles, Kluwer, 2004.
- VAN DER STRAETEN J., « Financement, agrément et qualité », *Hospitals - Revue officielle de l'Association Belge des hôpitaux*, 2004, pp. 1-13.

#### Doctrine internationale :

- AISSANI Y. et BORDES O., « Démarche qualité, sensemaking et émergence dans des structures de communication », *Revue Internationale de psychologie*, 2007, n° 13, pp. 59-90.
- AL AWA B., JACQUERYE A. et ALMAZROOA A., « Comparison of patient safety and quality of care indicators between pre and post accreditation periods in King Abdulaziz University Hospital », *Research Journal of Medical Sciences*, 2011, n° 5, pp. 61-66.
- AOUDIA H. et TESTA Q., *Perfect Quick Response Quality Control*, Paris, Maxima, 2012.
- BARTHÉLÉMY I., ROCHELEAU L., VAILLANCOURT R. et BUSSIÈRES J.-F., « Étude observationnelle comparative des systèmes d'agrément en Amérique du Nord et en Europe », *JCPH*, 2012, n° 65, pp. 308-315.
- BOIX A.-M., *L'accréditation hospitalière : quel impact sur la culture et le management des établissements de santé ?*, Paris, L'Harmattan, 2003.
- BRUNEAU C., « L'enjeu de la seconde procédure d'accréditation », *Risques et Qualité*, 2005, n° 4, pp. 191-205.



- CAMPINOS-DUBERNET M. et JOUGLEUX M., « Une rationalisation sans norme organisationnelle : la certification ISO 9000 », *Sciences de la société*, 1999, n° 46, pp. 83-100.
- CASSAN M., *L'Europe communautaire de la santé*, Paris, Economica, 1989.
- COCHOY F. et DE TERSSAC G., « Les enjeux organisationnels de la qualité : une mise en perspective », *Sciences de la société*, 1999, n° 46, pp. 3-18.
- CONTANDRIOPOULOS P.-A. et SOUTEYRAND Y., *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, Paris, John Libbey CIC, 1996.
- DALGLEISH S., « Probing the limits : ISO 9001 », *Quality Magazine*, 1<sup>er</sup> avril 2005, pp. 12-24.
- DAUCOURT V. et MICHEL P., « L'accréditation passée au crible dans 100 premiers comptes rendus publiés par l'ANAES », *Gestions Hospitalières*, avril 2002, pp. 11-39.
- DUBIEL P., « Preparing for a JCAHO survey : utilization of imaging specific tracers », *Radiol Manage*, 2007, n° 29, p. 30.
- DUCKETT S., « Changing hospitals : the role of hospital accreditation », *Soc. Sci. Med.*, n° 83, pp.12-23.
- FRAISSE S., ROBELET M. et VINOT D., « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, 2003, n° 146, pp. 149-171.
- GREENFIELD D., PAWSEY M., HINCHCLIFF R., MOLDOVAN M. et BRAITHWAITE J., « The standard of healthcare accreditation standards : a review of empirical research underpinning their development and impact », *BMC Health Services Research*, 2012, n° 12, pp. 317-330.
- HURLIMANN C., « Approche conceptuelle de la qualité des soins », *Actualité et Dossier en Santé publique*, juin 2011, n° 35, pp. 21-36.
- IN 'T VELD J., *Organisatiestructuur en arbeidsplaats*, Amsterdam, Elsevier, 1985.
- JACQUERYE A. et PAUCHET-TRAVERSAT A.-F., « L'accréditation, une opportunité ou une contrainte pour le département en soins infirmiers ? », in *La qualité des soins infirmiers*, Paris, Maloine, 1999, pp. 51-74.
- JOLIVET A., « Voir les normes comme un travail de sens : le texte comme agencement de narrations », *Etudes de communication*, 2010, n° 34, pp. 75-91.
- JUUL A., GLUUD C., WETTERSLEV J., CALLESEN T., JENSEN G. et KOFOED-ENEVOLDSEN A., « The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines », *Int. Health Care Qual.*, 2005, pp. 321-348.

- KEARNS D., « In the race for quality, there is no finish line », *Black Enterprise – Annual careers and opportunities issue*, février 1990, pp. 12-18.
- LAURENS P., « Qualité et organisation : la preuve par la communication », *Sciences de la société*, 2000, n° 50, pp. 239-261.
- MICHEL P., MINODIER C. et MOTY MONNEREAU C. *et al.*, « Les événements indésirables graves dans les établissements de soins de santé : fréquence, évitabilité, et acceptabilité », *Revue officielle de la Direction de recherche des études, de l'évaluation et des statistiques*, mai 2011, n° 761, pp. 2-14.
- MISPELBLOM BEYER F. et TRIPIER P., *Au-delà de la qualité : démarches qualité, conditions de travail et politiques du bonheur*, Paris, Syros, 1999.
- MOONEY J., *Illustrated Dictionary of Podiatry*, Londres, Churchill Livingstone, 2009.
- MUMFORD V., GREENFIELD D. et HINCHCLIFF R., « Economic evaluation of Australian acute care accreditation (ACCREDIT-CBA (Acute)) : study protocol for a mixed-method research project », *BMJ Open*, 2013, n° 3, p. 2.
- PACCIONI A. et SICOTTE C., « L'accréditation des services de santé de première ligne : l'amorce d'une nouvelle culture organisationnelle ? », *Sciences de la société*, 2010, n° 76, pp. 114-133.
- REASON J., *The Human contribution : unsafe acts, accidents and heoric recoveries*, London, Ashgate, 2008.
- REDFIELD C., *Communicatie in het bedrijf*, Amsterdam, Ruys, 1964.
- SHAW C., « External assessment of health care », *BMJ*, 2001, pp. 851-854.
- SAW C. et ALKHENIZAN A., « Impact of Accreditation on the quality of healthcare services : a systematic review of the literature », *Annals of Saudi medicine*, Juillet-Août 2011, n° 31, pp. 407-416.
- SHAW C., JELFS E. et FRANKLIN P., « Implementing recommendations for safer hospitals in Europe : SANITAS project », *Eurohealth incorporating Euro Observer*, 2012, n° 18, pp. 2-21.
- WEICK K., *Making sense of the organizing*, Carlton, Blackwell pub, 2001.

#### **4. Sitographie**

##### Revue de presse :

- BENSALÉM N., « Enquête sur le décès d'Eda, 3 ans, aux Cliniques Saint-luc », *La Libre*, 20 avril 2015, disponible sur <http://www.lalibre.be/actu/belgique/enquete-sur-le-deces-d-eda-3-ans-aux-cliniques-saint-luc-553518dd35704bb01bdd6545>, consulté le 28 juin 2015.

- PEYROMAURE M., « La médecine malade du principe de précaution », *Libération*, 28 août 2012, disponible sur : <http://www.liberation.fr/monde/2012/08/28/>, consulté le 14 mars 2015.
- X., *Voici la solution pour limiter les erreurs médicales : apprendre aux médecins à piloter des avions*, RTL Info, 26 février 2015, disponible sur : <http://www.rtl.be/info/belgique/societe/voici-la-solution-pour-limiter-les-erreurs-medicales-apprendre-les-medecins-a-piloter-des-avions-703728.aspx>, consulté le 3 mars 2015.

#### Articles en ligne :

- DE WALCQUE C., SEUNTJENS B., VERMEYEN K., PEETERS G. et VINCK I., *Étude comparative des programmes d'accréditation hospitalière en Europe*, KCE Reports 70B, 2008, disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/etude-comparative-des-programmesd%E2%80%99accr%C3%A9ditationhospitali%C3%A8re-en-europe>, consulté le 3 mars 2015.
- GRI QUASAR, *Présentation du GRI QUASAR*, 5 juin 2013, disponible sur : <http://www.mwq.be/servlet/Repository?IDR=3048>, consulté le 1<sup>er</sup> février 2015.
- SANTHEA, GRI-QUASAR et QUALITY SAFETY & RESOURCES, *L'accréditation des hôpitaux : l'indispensable phase d'éveil*, 31 octobre 2013, disponible sur : [http://www.sante.cfwb.be/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=03560032898f66b6cbf4210d35774e2565e7bb23&file=fileadmin/sites/dgs/upload/dgs\\_super\\_editor/dgs\\_editor/documents/Publications/Varia/L\\_accréditation\\_des\\_hopitaux\\_-\\_L\\_indispensable\\_phase\\_d\\_eveil\\_1\\_-1.pdf](http://www.sante.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=03560032898f66b6cbf4210d35774e2565e7bb23&file=fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Varia/L_accréditation_des_hopitaux_-_L_indispensable_phase_d_eveil_1_-1.pdf), consulté le 10 juillet 2015.
- VAN CANG G. et ZANDECKI N., *Hôpital Vincent Van Gogh : première institution hospitalière belge certifiée ISO 9001/2000 : quels défis, quelle valeur ajoutée pour l'institution et les patients*, Colloque Démarche qualité, 25 octobre 2007, disponible sur <http://www.isosl.be/sites/colloques/demarche-qualite/Expose6.htm>, consulté le 28 juin 2015.
- VRIJENS F., RENARD F., JONCKHEER P., VAN DEN HEEDÉ K. *et al*, *La performance du système de santé belge*, KCE Reports 196Bs, 2012, disponible sur : [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_196B\\_performance\\_syste\\_me\\_sante\\_belge\\_0.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_196B_performance_syste_me_sante_belge_0.pdf), consulté le 3 mars 2015.
- X., *BELAC*, disponible sur : [http://economie.fgov.be/fr/entreprises/vie\\_entreprise/Politique\\_qualite/Accreditation/BELAC](http://economie.fgov.be/fr/entreprises/vie_entreprise/Politique_qualite/Accreditation/BELAC), consulté le 10 octobre 2014.
- X., *Collège des médecins*, disponible sur : <http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Doctorscolleges/index.htm?fodnlang=fr#.Va1ULhYrVGg>, consulté le 10 octobre 2014.
- X., *Conseil fédéral pour la Qualité de l'activité infirmière*, disponible sur : [http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/CouncilsandCommissions/FederalCouncilonthequalityofth/18080837\\_FR?ie2Term=s taff?&fodnlang=fr#.Va1QXBYrVG](http://health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Nursingpractitioners/CouncilsandCommissions/FederalCouncilonthequalityofth/18080837_FR?ie2Term=s taff?&fodnlang=fr#.Va1QXBYrVG), consulté le 10 octobre 2014.

- X., *Décrets médicaux : le plan d'urgence de Hollande*, 2 février 2012, disponible sur : [http://www.liberation.fr/politiques/2012/02/02/deserts-medicaux-le-plan-d-urgence-de-hollande\\_793159](http://www.liberation.fr/politiques/2012/02/02/deserts-medicaux-le-plan-d-urgence-de-hollande_793159), consulté le 15 mars 2015.
- X., *European Health Consumer Index*, disponible sur : [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2014/EHCI\\_2014\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2014/EHCI_2014_report.pdf), consulté le 1<sup>er</sup> avril 2015.
- X., *Greffe de tissu ovarien*, disponible sur : <http://www.saintluc.be/presse/communiqués/2004/2004-greffe-tissu-ovarien-fr.pdf>, consulté le 15 mars 2015.
- X., *Historique*, disponible sur : <http://www.chu-charleroi.be/le-chu/historique>, consulté le 10 juillet 2015.
- X., *La plate-forme eHealth*, disponible sur : <https://www.ehealth.fgov.be/fr/a-propos-de-ehealth/mission/la-plate-forme-ehealth>, consulté le 11 octobre 2014.
- X., *Les normes ISO : avantages*, disponible sur : <http://www.iso.org/iso/fr/home/standards.htm>, consulté le 15 avril 2015.
- X., *La répartition des compétences*, disponible sur : <http://www.infirmiers.be/files/Présentation%20ACN%20degeneret.pdf>, consulté le 2 juillet 2015.
- X., *Mintzberg's organization*, disponible sur : <https://phcurie.wordpress.com>, consulté le 4 juillet 2015.
- X., *Plan Marshall 2022*, disponible sur : <http://www.wallonie.be/fr/actualités/plan-marshall-2022>, consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2015.
- X., *Programme d'étude*, disponible sur : <http://www.uclouvain.be/prog-2013-hqua2fc>, consulté le 14 avril 2015.
- X., *Programme d'étude*, disponible sur : <http://www.uclouvain.be/prog-2015-esp2m.html>, consulté le 14 avril 2015.
- X., *Publication officielle de l'hôpital - La Clinique Notre-Dame de Grâce de Gosselies fait peau neuve*, disponible sur : [http://www.cndg.be/wp-content/uploads/2015/06/Dossier\\_presse\\_CNDV\\_7-VF.pdf](http://www.cndg.be/wp-content/uploads/2015/06/Dossier_presse_CNDV_7-VF.pdf), consulté le 15 avril 2015.
- X., *Qu'est ce qu'une norme ?*, disponible sur : <http://www.iso.org/iso/fr/home/about.htm>, consulté le 5 mars 2015.
- X., *Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement*, disponible sur : [http://health.belgium.be/eportal/Aboutus/crossborder\\_healthcare/foreignvisitors/providers/Healthcare-facilitystandards/Generalhospitals/Quality-careandsafety/19089805?ie2Term=BAPCOC&ie2section=83&fodnlang=fr#.VZ77jqBYrVGg](http://health.belgium.be/eportal/Aboutus/crossborder_healthcare/foreignvisitors/providers/Healthcare-facilitystandards/Generalhospitals/Quality-careandsafety/19089805?ie2Term=BAPCOC&ie2section=83&fodnlang=fr#.VZ77jqBYrVGg), consulté le 15 avril 2015.
- X., *Special Eurobarometer 411*, disponible sur : [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_411\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_411_en.pdf), consulté le 12 juillet 2015.

- X., *Cancers rares : transparence et centralisation nécessaires*, 12 février 2014, disponible sur : <http://www.test-achats.be/sante/hospitalisation/en-direct/cancers-rares>, consulté le 15 mai 2015.
- X., *Comparer la qualité des hôpitaux ? Cela avance du côté flamand*, 25 juin 2014, disponible sur : <http://www.test-achats.be/action/espace-presse/communiques-de-presse/2014/inspectie-ziekenhuizen>, consulté le 15 mai 2015.
- X., *Transparence des hôpitaux : une priorité pour la Flandre, uniquement ?*, 8 mai 2015, disponible sur : <http://www.test-achats.be/sante/hospitalisation/endirect/transparence-des-hopitaux-une-priorite-pour-la-flandre-uniquement>, consulté le 15 mai 2015.
- X., *Transparence*, 7 mai 2015, disponible sur : <http://www.lespecialiste.be/fr/front?page=3&qt-content=2>, consulté le 15 mai 2015.
- X., « *Un hôpital pour la vie, des ambitions pour 2020* », disponible sur <http://www.saintluc.be/institution/2012-rapport-activites-ambitions-2020.pdf>, consulté le 7 juillet 2015.

Sites officiels consultés :

- [www.accreditation.ca](http://www.accreditation.ca)
- [www.agenas.it](http://www.agenas.it)
- [www.belgium.be](http://www.belgium.be)
- [www.cen.eu](http://www.cen.eu)
- [www.cipiqs.org](http://www.cipiqs.org)
- [www.cndg.be](http://www.cndg.be)
- [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)
- [www.economie.fgov.be](http://www.economie.fgov.be)
- [www.efqm.org](http://www.efqm.org)
- [www.ehealth.fgov.be](http://www.ehealth.fgov.be)
- [www.ehma.org](http://www.ehma.org)
- [www.esqh.net](http://www.esqh.net)
- [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- [www.france-accreditation.fr](http://www.france-accreditation.fr)
- [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)
- [www.health.belgium.be](http://www.health.belgium.be)
- [www.infirmieres.be](http://www.infirmieres.be)
- [www.internationalaccreditation.ca](http://www.internationalaccreditation.ca)
- [www.ihl.org](http://www.ihl.org)
- [www.iso.org](http://www.iso.org)
- [www.isqua.org](http://www.isqua.org)
- [www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org)
- [www.kaizen-skills.ma](http://www.kaizen-skills.ma)
- [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)
- [www.lllbelgique.org/hopitaux-allaitement-professionnels](http://www.lllbelgique.org/hopitaux-allaitement-professionnels)
- [www.mqw.be](http://www.mqw.be)
- [www.niaz.nl](http://www.niaz.nl)
- [www.ordomedic.be](http://www.ordomedic.be)

- [www.mc.be](http://www.mc.be)
- [www.paqs.be](http://www.paqs.be)
- [www.pathqualityproject.eu](http://www.pathqualityproject.eu)
- [www.santhea.be](http://www.santhea.be)
- [www.unicef.be](http://www.unicef.be)
- [www.wallonie.be](http://www.wallonie.be)
- [www.zorgnetiucuro.be](http://www.zorgnetiucuro.be)

Autres :

- Recommandation du Conseil du 9 juin 2009 relative à la sécurité des patients, y compris la prévention des infections associées aux soins et la lutte contre celles-ci, *J.O.U.E.*, C 151, du 3 juillet 2009, p. 1, consultable sur : [http://ec.europa.eu/health/patientsafety/docs/council\\_2009\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/patientsafety/docs/council_2009_fr.pdf).
- Avis n° 325-3 du Conseil National des Etablissements Hospitaliers du 12 mai 2011 concernant la qualité intégrale et la sécurité des soins hospitaliers, disponible sur : <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Nationalcouncilforhospitalfaci/adviesprogramming2011/19067705#.VcIN2BYrVGg>.
- Communication n° 748 de la Commission au Parlement européen et au Conseil du 15 novembre 2011, relative au plan d'action pour combattre les menaces croissantes de la résistance aux antimicrobiens, disponible sur : <http://eur-lex.europa.eu/procedure/EN/201036>.
- Conclusions du Conseil du 22 juin 2012, sur l'impact de la résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine, *J.O.U.E.*, C 211, du 18 juillet 2012, p. 2, disponible sur : [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:52012XG0718\(01\)](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:52012XG0718(01)).
- Conclusions du Conseil du 1<sup>er</sup> décembre 2014, sur la sécurité des patients et la qualité des soins, y compris la prévention des infections associées aux soins de santé et la lutte contre celles-ci et la résistance aux antimicrobiens, *J.O.U.E.*, C 183, du 4 janvier 2015, p. 1, disponible sur : [www.consilium.europa.eu/fr/workarea/downloadasset.aspx](http://www.consilium.europa.eu/fr/workarea/downloadasset.aspx).
- Résolution n° 2207 du Parlement européen du 19 mai 2015 sur des soins de santé plus sûrs en Europe, disponible sur : <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P8-TA-2015-0197&language=FR&ring=A8-2015-0142>.

**5. Professionnels rencontrés**

- BIRKEL Monique, Directrice des soins du Centre Hospitalier de Luxembourg, le 9 octobre 2014.
- CHOPARD Pierre, Docteur aux Hôpitaux Universitaires de Genève, le 9 octobre 2014.

- DEMESMAECKER Marc, Responsable du Service santé mentale à la FIH, le 2 juillet 2015.
- GILLET Jean-Bernard, anciennement Docteur au sein de l'UZ Leuven, le 9 octobre 2014.
- HALLET Benoît, Directeur général adjoint du CHU Namur Godinne jusqu'en mai 2015, le 14 mars 2014.
- LECOCQ Dan, membre du GRI QUASAR, le 9 octobre 2014.
- LOUISET Mathieu, chef de projets à la PAQS, le 10 juillet 2015.
- VANKHERHOVEN Josiane, Directrice qualité à l'Hôpital américain de Paris, le 10 octobre 2014.
- ZANDECKI Nathalie, membre du GRI QUASAR, le 9 octobre 2014.







Place Montesquieu, 2 bte L2.07.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique [www.uclouvain.be/drt](http://www.uclouvain.be/drt)

