Un processus d'agrément pour la santé publique

Est-ce possible? Est-ce souhaitable?

Martin Beaumont, MSc, CHE, RRT, inh¹

Madeleine E. Drew, MHA²

Andre-Pierre Contandriopoulos, PhD³

RÉSUMÉ

Objectifs : Cette étude qualitative pancanadienne avait pour objectif d'évaluer la possibilité d'élaborer une série de normes d'agrément accompagnées d'un processus d'agrément à l'intention des services de santé publique au Canada.

Méthode : Vingt-quatre entrevues ont été enregistrées, transcrites, puis analysées.

Résultats : La portée de la santé publique dans les propos tenus par les répondants incluait la protection du public, la promotion de la santé, la prévention des maladies et la surveillance. La grande majorité des experts était en faveur de l'implantation d'un programme d'agrément en santé publique. Parmi ceux-ci, près des deux tiers ont répondu que la santé publique avait besoin d'avoir ses propres normes pour régler certaines lacunes qui existent à l'heure actuelle. Les gens des services régionaux de santé ont plus rapidement mis en doute la pertinence de normes séparées pour les services de santé publique pour ne pas créer d'obstacle artificiel à l'intérieur du continuum des soins. Les répondants qui s'opposaient à l'agrément dans les services de santé publique ont mentionné le manque actuel de capacités dans le système. Ceci dit, les personnes en faveur de l'implantation des normes expliquaient que l'agrément pouvait en fait servir d'outil de développement des capacités, et contribuer à contrer « la tyrannie de l'urgence ». Certains reconnaissent que le processus même d'élaboration des normes pour le milieu de la santé publique serait un exercice bénéfique.

Conclusion : Il semble que la santé publique au Canada tirerait avantage d'un processus d'agrément développé en consultation avec les gens du terrain, pour améliorer sa visibilité, le développement de ses capacités et de son rendement grâce à des normes pancanadiennes mais toutefois suffisamment flexibles pour s'adapter aux divers contextes provinciaux.

Mots clés : Santé publique, agrément, normes nationales

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

1. Conseil canadien d'agrément des services de santé, Développement des marchés nationaux et internationaux, candidat au doctorat en santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal

2. Département d'administration de la santé, Université d'Ottawa

3. Département d'administration de la santé et GRIS, Faculté de médecine, Université de Montréal
Correspondance et demandes de réimpression : Martin Beaumont, Conseil canadien d'agrément des services de santé, Développement des marchés nationaux et internationaux, 1730, boul. St-Laurent, suite 100, Ottawa (Ontario) K1G 5L1, Tél. : 613-738-3800, poste 279, Courriel : martin.beaumont@cchsa-ccass.ca

La santé publique est à une période charnière de son évolution. Le 18 mars 2005, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) annonçait la création de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, qui a comme objectif à l'échelle du monde de « Appuyer les changements de politique en matière de santé dans les pays en rassemblant des modèles éprouvés et des pratiques efficaces fondées sur des données probantes ainsi qu'en favorisant leur utilisation pour améliorer les déterminants sociaux de la santé ». (*texte original du 24 août 2007*)¹. Parallèlement, au Canada, le besoin de réformer le domaine de la santé publique se fait sentir^{2,3}. En 2004, le PDG d'Inforoute Canada annonçait des investissements stratégiques de 100 millions de dollars en santé publique pour mettre en place un système de surveillance des maladies infectieuses⁴. En 2004, Santé Canada a mis sur pied l'Agence de santé publique du Canada.

Les travaux de Romanow et Kirby, le SRAS, la maladie de la vache folle, la contamination de l'eau à Walkerton et à North Battleford, la menace d'une pandémie de grippe aviaire, ainsi que les pressions sociales, médicales et politiques ont poussé le milieu de la santé publique à se mobiliser pour évaluer ses capacités et déterminer sa direction future.

Dans son rapport final, Kirby recommande que la santé publique s'appuie sur une approche populationnelle⁵. Il ajoute que la fragmentation de la santé publique est un obstacle à son efficacité^{6,7}.

Malgré tout, il n'y a pas encore de consensus national ou provincial sur l'opérationnalisation des interventions en santé publique et sur leur financement. La santé publique peut être perçue comme présentant beaucoup ou peu d'avantages⁸.

L'agrément et l'amélioration de la qualité comme stratégie de changement

Au cours des dix dernières années, il y a eu, à l'échelle mondiale, une croissance rapide de l'établissement de programmes d'agrément en santé. Dans beaucoup d'organismes de santé, l'agrément s'est avéré une bonne façon d'améliorer la qualité⁹.

Au Canada, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) offre actuellement des services d'agrément pour les interventions en santé publique, mais plus souvent d'une manière indirecte. En

Ontario, le Conseil d'accréditation sur la santé communautaire accrédite actuellement 14 des 37 unités de santé publique de cette province.

Plusieurs rapports préconisent l'élaboration et l'implantation de normes minimales de pratique pour les programmes et services de santé publique¹⁰. Ils soulignent aussi l'importance de la création de nouvelles capacités en santé publique fondée sur la gestion du rendement et la mesure des résultats¹¹. Naylor mentionne expressément le besoin d'engager un organisme comme le CCASS pour renforcer certaines normes¹².

Le processus d'agrément du CCASS inclut les étapes de préparation, d'auto-évaluation, d'évaluation par les pairs et de remise d'un rapport.

Le tableau 1 et la figure 1 résument les phases de l'agrément.

Le cycle vise à instaurer dans les organismes un dynamisme perpétuel de gestion de la qualité, l'autocritique et l'action constructive.

Plusieurs études ont démontré que les processus d'agrément peuvent influencer, éduquer et favoriser l'implantation de nouvelles façons de faire¹³⁻²¹. L'agrément constitue un processus rigoureux ancré dans des courants théoriques²²⁻²⁵ qui favorise l'apprentissage et l'acquisition de nouvelles habiletés.

Dans ce contexte, nous voulons d'abord savoir si les leaders de la santé publique sont prêts à participer à l'agrément; nous aimerions ensuite préciser les changements espérés à la suite de l'introduction d'un processus d'agrément pour la santé publique au Canada.

MÉTHODE

Nous avons choisi une approche qualitative et d'interroger des experts en santé publique. La grille d'entrevue utilisée abordait six thèmes : la définition de la santé publique, le niveau de connaissance de l'agrément, les besoins d'agrément en santé publique, les obstacles et les facteurs de succès et, finalement, l'amélioration de la qualité (voir figure 2).

L'échantillon des 37 experts retenus est non probabiliste et volontaire. Un échantillon initial de 25 personnes a été constitué à partir du choix de personnes consultées à l'Association canadienne de santé publique et au CCASS. La tech-

TABLEAU 1
Phases de l'agrément

Se renseigner

L'organisme s'informe pour prendre une décision éclairée concernant son adhésion à un programme d'agrément.

Se préparer

L'organisme détermine ses objectifs reliés au processus d'agrément. Les équipes pour l'autoévaluation sont déterminées et reçoivent de la formation. Les connaissances sur les fondements du programme d'agrément sont transmises.

Effectuer l'autoévaluation

Les équipes effectuent leur autoévaluation en déterminant leurs priorités, leurs points forts et leurs possibilités d'amélioration.

Planifier et tenir la visite

La visite est planifiée avec l'organisme accrédité. Les responsabilités des différentes parties impliquées avant et lors de la visite sont clarifiées. Les visiteurs passent quelques jours dans l'organisme pour effectuer l'évaluation.

Utiliser le rapport

Le rapport fournit à l'organisme les recommandations, pistes d'amélioration et résultats de la visite. Le rapport peut servir de pierre angulaire pour l'amélioration continue de l'organisme.

Apporter des améliorations continues

L'organisme doit maintenir une structure intégrée et coordonnée et il doit agir continuellement pour l'amélioration de la qualité.

Figure 1. Cycle d'agrément du CCASS

nique boule de neige a également été utilisée. Les répondants ont été invités à soumettre d'autres participants, dont douze ont été contactés. Les experts devaient être répartis sur l'ensemble du territoire canadien et comprendre des représentants ruraux et urbains²⁶. Ils devaient aussi pouvoir parler avec connaissance de la santé publique et du processus d'agrément (voir tableau II).

Sur les 37 personnes contactées, 24 ont été interviewées par téléphone, pour un taux de réponse de 65 %. La collecte de données a été faite entre novembre et décembre 2004, à l'aide d'un questionnaire semi-structuré²⁷. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites. L'analyse comparative visait à trouver des points communs dans les thèmes, de créer des catégories de perception, de discerner contrastes et simi-

litudes et de faire ressortir des métaphores pertinentes²⁷.

RÉSULTATS

L'analyse des résultats a repris les six thèmes de l'entrevue.

Définition de la santé publique

La définition de la santé publique reste l'objet d'un éternel débat.

« [...] la définition de la santé publique est une chose dont on discute depuis que j'ai fait mon entrée en santé publique, dans les années 70. »

Par contre, chez les répondants experts, quatre thèmes émergent : soit la protection du public, la promotion de la santé, la prévention des maladies, et la surveillance. Dans plusieurs rapports, la définition de Last (1998)²⁸ semble gagner la faveur^{29,30}.

TABLEAU II

Distribution des participants

	Médecins responsables en santé publique	Experts sur le terrain	Consultants ou experts universitaires en santé publique	Coordonnateurs d'agrément CCASS	Total individus interviewés
C.-B.		1	1	1	3
Alb.	1	1			2
Sask.		2		1	3
Ont.		2	2		4
Qc	1	1	2		4
N.-É.				1	1
Î.-P.-É.				1	1
T.-N.	1	1	1		3
Territoires	2	1			3
TOTAL	5	9	6	4	2

* 3 des répondants dans les catégories médecins responsables en santé publique et experts sur le terrain sont des visiteurs pour le CCASS.

Figure 2. Modèle exploratoire

Niveau de connaissance de l'agrément

Parmi les répondants, on trouve un consensus sur une définition théorique de l'agrément. Plus de 50 % des répondants ont mentionné l'importance des normes et de l'autoévaluation. La visite d'agrément par des pairs ressort aussi comme un élément important.

Analyse des besoins d'agrément en santé publique

Quatre-vingt-douze pour cent (n=22) des experts sont favorables à l'implantation de l'agrément en santé publique. Soixante-trois pour cent (n=15) ont répondu sans équivoque que la santé publique avait besoin de ses propres normes.

« En fait, je crois que le secteur de la santé publique aimerait sentir qu'il est évalué en fon-

tion de normes relatives à son mandat réel [...] : une norme commune à l'échelle du pays pour ce qui est des services de santé publique. »

Les répondants de systèmes de santé de l'Ouest du pays (n=4) ont précisé que le processus doit être intégré au processus d'agrément déjà en place dans leur province. Ils recommandent aussi un questionnaire sur la nécessité d'un cadre normatif indépendant pour la santé publique. Ils déplorent la division artificielle des services de soins et la menace qui en découle pour le continuum de soins et de services.

« Si nous avions un processus d'accréditation distinct, cela aurait pour effet de faciliter et de perpétuer le traçage de frontières entre la santé publique et tous les autres programmes de prestation. »

Pour ce qui est des opposants à l'agrément, en majorité des universitaires, leurs

arguments reposent principalement sur le fait que le Canada manque de capacités en santé publique pour pouvoir satisfaire à des normes, si minimales soient-elles. Leurs discours reflètent plus une préoccupation quant au moment propice de l'implantation qu'une hostilité à la démarche d'agrément.

L'agrément en santé publique est perçu comme pouvant profiter à la fois aux organisations engagées dans la démarche et à la santé publique elle-même.

De plus, selon les experts, l'agrément permettrait de ramener la santé publique dans la mire des décideurs.

« En l'absence d'un outil comme l'accréditation, il n'existe aucune capacité, à l'échelle [...] du Canada, qui nous permette de commenter sur notre capacité actuelle en matière de santé publique. »

Obstacles et facteurs de succès

Les plus importants obstacles que les répondants ont relevés sont la perception du manque de valeur directe de l'agrément par rapport au temps investi, ainsi que les coûts directs et indirects qu'il engendre. Les autres obstacles mentionnés touchent le financement en santé publique, la division des responsabilités dans le système, la diversité des structures et le manque d'uniformité entre les provinces.

Parmi les facteurs de succès, le programme d'agrément doit avoir la capacité de s'adapter aux contextes particuliers de chaque région. Il doit aussi tenir en compte de la fragilité des relations entre les paliers de décision et l'intégration de la santé publique au continuum de soins et de services. Additionnellement, le développement de normes devra se faire en consultation avec les gens du terrain.

Amélioration de la qualité

L'amélioration de la qualité constitue un des fondements de l'agrément. Les perceptions qu'en ont les experts interrogés varient grandement. L'immunisation est l'exemple le plus souvent cité comme ayant fait l'objet d'une stratégie d'amélioration de la qualité.

Plusieurs répondants laissent transparaître un certain cynisme en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité, notamment entre ce qui est fait et ce qui doit être fait.

« Nous tâchons de l'avoir dans nos cerveaux [...] mais, je pense qu'en réalité, c'est

juste une bourrasque d'activités pendant quelques mois avant qu'ils viennent nous visiter.»

En résumé, le modèle exploratoire initial a permis une certaine structuration des thèmes, dans le but de guider la collecte de données. Afin d'illustrer globalement les résultats décrits ci-dessus, nous présentons un modèle (figure 3) incorporant les thèmes émergeant de notre analyse.

DISCUSSION

La majorité des experts recommande l'implantation d'un cadre normatif distinct pour la santé publique. Toutefois, deux approches s'opposent : l'approche systémique, soutenue par la création d'équipes d'autoévaluation provenant uniquement du milieu de la santé publique qui touche au diverses populations, et l'approche spécifique, qui favorise l'intégration d'intervenants en santé publique dans des équipes d'autoévaluation qui se penchent sur des programmes axés sur un seul type de clientèle.

Nous pensons que la méthode d'opérationnalisation du programme doit influencer le système de santé et sa capacité de travailler de façon intégrée. Il nous semble important de considérer la santé publique comme un système organisé d'actions²⁸ autonomes, intégré au système de soins et qui n'est pas réduit à un secteur spécifique des clientèles à risque.

Notre étude fait aussi ressortir le fait que l'agrément pourra produire certains avantages organisationnels, politiques et symboliques. Les experts ont des attentes substantielles à l'égard de l'agrément, notamment la reconnaissance publique, une meilleure imputabilité populationnelle, la réalisation d'études comparatives, le développement des capacités, ainsi que l'amélioration de la qualité des soins et des services.

Selon notre analyse, tout porte à croire que l'agrément peut devenir un catalyseur d'action la mise en place de processus collectifs qui engendre la mobilisation des acteurs, l'allocation de ressources et le développement de nouvelles capacités²⁵.

L'importance du leadership est fondamentale³¹. Il faut éviter aux organismes le « chemin de croix » des six étapes de l'accréditation et une mauvaise allocation des ressources qui prive la démarche de toute signification au lieu d'en faire une

Figure 3. Résultats et modèle exploratoire

démarche consciente et intégrée d'amélioration de la qualité.

Malgré la rigueur exercée dans la collecte et l'analyse des données, il appert que la sélection des répondants et la « technique boule de neige » a pu causer un biais à l'égard de l'échantillon et du phénomène étudié. De plus, puisque l'étude a été entreprise par le CCASS, cela a pu créer un biais de désirabilité sociale³².

CONCLUSION

En conclusion, le discours des experts, l'état des connaissances et les éléments contextuels examinés plus haut nous portent à croire que la mise en place de normes et d'un processus d'agrément pourrait contribuer à l'amélioration de la qualité en santé publique et favoriser un meilleur arrimage au système de santé canadien.

Selon notre opinion, ces processus de développement rallieront la collectivité de la santé publique et la feront cheminer vers un système plus homogène et performant. Ce cheminement, appuyé par les leaders en santé publique, pourra contribuer aux changements des pratiques institutionnelles envisagés par l'OMS et engendrer des actions concrètes à l'échelle régionale et nationale. Nous invitons les lecteurs à nous

faire part de leurs commentaires, qui optimiseront l'action dans ce domaine.

RÉFÉRENCES

1. Organisation Mondiale de la santé, mars 2005. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.who.int/social_determinants/fr/ (consulté le 24 août 2007).
2. Naylor D, et al. *Learning from SARS, Renewal of Public Health in Canada*. Health Canada, 2003; p.3.
3. Advisory Committee on Population Health. *Survey of Public Health Capacity in Canada, Highlights, Report to the F/P/T Deputy Ministers of Health*, 2001;1-38.
4. Richard A. The electronic health record: A leap forward in Patient Safety. *Healthcarepapers*, 2004;5(3).
5. L'honorable Michael J.L. Kirby. *Rapport sur la santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada, 2002;261.
6. Wright J, Franks A, Ayres P, Jones K, Roberts T, Whitty P. Public health in hospitals: The missing link in health improvement. *J Public Health Med* 2002;24(3):152-55.
7. L'honorable Michael J.L. Kirby. *Rapport sur la santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral*, rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada, 2002;269.
8. Giacomini MK. The which-hunt: Assembling health technologies for assessment and rationing. *J Health Politics, Policy Law* 1999;24(4):715-58.
9. Shaw CD. Toolkit for Accreditation Programs. International Society for Quality in Healthcare, ALPHA Council, 2004.
10. Frank J, Di Ruggiero E, Moloughney B. *The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century*. Toronto, ON: CIHR-Institute of Population and Public Health, 2003;34.
11. Frank J, Di Ruggiero E, Moloughney B. *The Future of Public Health in Canada: Developing a*

- Public Health System for the 21st Century*. Toronto: CIHR-Institute of Population and Public Health, June 2003.
12. Naylor D, et al. *Learning from SARS, Renewal of Public Health in Canada*. Santé Canada, 2003. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/12_e.html#s12b11 (consulté le 24 août 2007).
 13. Duckett SJ. Changing hospitals: The role of hospital accreditation. *Soc Sci Med* 1983;17(20):1573-79.
 14. Ross Baker G. Department of Health Administration Toronto, Survey on Continuous Quality Improvement in Health Care (document interne CCASS), 1993 et 1997.
 15. Toussaint E. L'impact du changement des standards qualité sur le management hospitalier. Étude au Centre Universitaire de Santé McGill, Montréal, Québec. [Mémoire réalisé dans le cadre du stage d'élève directeur à l'ENSP]. Rennes, France, 2000.
 16. LeBrasseur R, Whissell R, Ojha A. Organisational learning, transformational leadership and implementation of continuous quality improvement in Canadian hospitals. *Australian J Management* 2002;27(2).
 17. Beaumont M. Global Effectiveness of the Accreditation Program for Organizations: Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA): Effectiveness and Role in CQI Evolution, Ottawa, 2002.
 18. Beaumont M. Recherche sur l'efficacité du programme d'agrément du CCASS. Méthodologie et résultats. [Mémoire de maîtrise en administration des services de santé] Faculté de médecine, Université de Montréal, 2002.
 19. Pomey M-P, Contandriopoulos A-P, François P, Bertrand D. Accreditation: A tool for organisational change in hospitals. *Int J Health Care Quality Assurance* 2004;17(3).
 20. Lemieux-Charles L, Gault N, Champagne F, Barnsley J, Trabut I, Sicotte C, Zitner D. Use of mid-level indicators in determining organizational performance. *Hospital Q* 2000;3(4):48-52.
 21. Lemieux-Charles L, McGuire W, Champagne F, Barnsley J, Cole D, Sicotte C. Multilevel performance indicators: Examining their use in managing performance in health care organizations. *Proceedings of the Third International Conference on Theory and Practice in Performance Measurement and Management*. Boston, MA, July 2002;17-19.
 22. Maisonneuve J. *La dynamique de groupe*. Presse Universitaire de France, Réimpression de la 14^e édition, 2004.
 23. Nonaka I. Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organisation Science* 1994;5(1):14-37.
 24. Berwick DM. Crossing the boundary: Changing mental models in the services improvement. *Int J Qual Health Care* 1998;10(5):435-41.
 25. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*. (Paris) Seuil, 1977;332-38.
 26. Forbes DA. Comparison of rural and urban users and non-users of home care in Canada. Society of Rural Physicians of Canada. *Can Rural Med* 2004;9(4).
 27. Miles MB, Huberman AM. *Analyse des données qualitatives*, 2^e édition. DeBoeck Université, 2003.
 28. Last JM. *Public Health and Human Ecology*, 2^e éd. Stanford: Appleton & Lange, 1998;6.
 29. Frank J, Di Ruggiero E, Moloughney B. *The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century*. Toronto: CIHR-Institute of Population and Public Health, June 2003; Glossary.
 30. Acheson D. *Inequalities in health: Report of an independent inquiry*. (London) HMSO, 1998.
 31. Lozeau D. L'effondrement tranquille de la gestion de la qualité : résultats d'une étude réalisée dans douze hôpitaux publics au Québec, *Ruptures revue transdisciplinaire en santé*, 1996;3(2).
 32. Fisher RJ. Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *J Consumer Res* 1993;20(2):303-14.

Reçu : 9 mars 2006

Accepté : 13 novembre 2006

ABSTRACT

Objectives: The objective of this pan-Canadian study was to evaluate the feasibility of developing a set of accreditation standards supported by an accreditation process for public health in Canada.

Methods: Twenty-four telephone interviews were conducted, recorded, transcribed and analyzed.

Results: The scope of public health implied in respondents' answers included health protection, health promotion, disease prevention and surveillance. A large majority of the experts were in favour of implementing accreditation in public health. Of these, close to two thirds answered that public health needed its own standards to address some of the current gaps. People in health systems were faster to question the relevance of separate standards for public health to avoid creating artificial barriers within the continuum of care. Respondents who opposed an accreditation process for public health cited the lack of capacity currently in the system. Yet, proponents argued that accreditation could actually be used as a capacity-building tool and assist "to fight the tyranny of the urgent". Some identified the actual process of developing accreditation standards for public health as being a valuable exercise.

Conclusion: It appears that public health in Canada would benefit from an accreditation process developed in consultation with the field, to enhance visibility, capacity building, and performance through pan-Canadian standards which would also have to be flexible enough to accommodate specific provincial and local contexts.

MeSH terms: Public health; accreditation; national standard

Book Reviews, continued from 428...

Amish, Bosnian Refugees, Indians, Jews, and Native Americans. This is a publication from the United States, therefore the statistics and examples are not relevant to Canadians; however, this is the least of my problems with this book.

The orientation of this book is very much a cultural awareness or sensitivity approach to solving the problems of racism, ethnocentric assumptions, and power imbalances. The handbook may actually perpetuate a lack of patient-centred care, rather than encourage the reflective practice that achieving equity requires.

We have seen similar efforts in Canada at describing the otherness of non-white or

newly established populations to health practitioners in an effort to help the practitioners learn how to provide better health care. No matter how well intentioned the efforts, just as it is impossible to provide a five-page description of the essential characteristics of the elusive 'majority population', selecting those characteristics that describe an ethnic community inevitably results in stereotyping. The assumption is that culture is somehow static and exists outside of those who need to understand it – the learners' 'majority' culture is ultimately normative. In developing cultural competence, on the other hand, practitioners are required to examine their own culture and biases with a particular focus on an unconscious tendency towards ethnocentrism.

I would not recommend this book for anyone who wants to understand the issues faced by ethno-cultural communities. There are no easy solutions, but as an individual practitioner, one can always start with the assumption that she or he needs to create an encounter where norms, beliefs and practices can be discussed.

Wilfreda E. Thurston, PhD
Professor, Department of Community Health Sciences
Director, University of Calgary Institute for Gender Research
Calgary, AB