

Réflexions éthiques relatives à l'accréditation des hôpitaux : enjeux éthiques

Depuis quelques années, de nombreux hôpitaux se sont lancés dans des démarches d'accréditation, généralement portées par des référentiels de qualité issus d'autre culture hospitalière, généralement canadienne. La préparation longue de cette accréditation génère souvent beaucoup de stress, certes de la part des directions mais également des équipes soignantes.

Sans négliger le résultat escompté et obtenu tant ad intra qu'ad extra, nous aimerions nous interroger, d'un point de vue éthique, sur le processus en tant que tel : de quelles opportunités se trouve-t-il porteur pour les institutions et les équipes ? Quels en sont les possibles pièges et difficultés ? Enfin, et ce n'est pas la moindre des questions, l'éthique en tant que telle relève-t-elle de l'accréditation ? Et de quelle éthique s'agit-il ?

Ce document, visant simplement à ouvrir l'échange auprès des institutions concernées par ce processus, comporte trois parties : des questions de départ, des opportunités institutionnelles, des pièges possibles.

Des questions de départ

C'est au regard de l'expérience de certains membres de la commission, concernés par cette démarche dans leur institution, que cette dernière s'est intéressée à la question de l'accréditation, faisant le constat que, d'une manière globale, les comités d'éthique hospitaliers avaient été très peu concernés.

L'accréditation repose sur une évaluation des procédures et elle peut être l'occasion de réfléchir sur le fonctionnement effectif, et notamment sur le rôle de l'éthique. Or, le dossier est préparé sans réelle consultation du comité d'éthique de sorte que le contenu n'est pas en adéquation avec ce qu'est l'éthique et le rôle du comité d'éthique. Le risque est que le processus introduise un tiers normatif qui reste indépendant de la culture interne à l'institution.

A l'échelle d'un hôpital résultant d'une fusion, le procédé est d'autant plus compliqué car il s'agit d'identifier les plus petits dénominateurs communs. Or, selon les « visiteurs », les comités d'éthique ne sont pas assez présents. Et, de plus, la notion-même d'éthique est différente : au Canada, elle est fonctionnelle, quand dans les hôpitaux belges, elle relève essentiellement des sciences humaines et se déploie davantage comme un processus réflexif.

Ces quelques constats nous ont amenés à quelques questions que nous aimerions partager dans la présente synthèse. Tout d'abord, est-ce le rôle d'une commission éthique que de réfléchir sur les expériences d'accréditation ? Il nous semble que oui, à plus d'un titre. On peut d'abord se demander quel est l'esprit et la place de l'éthique, et des comités d'éthique, dans les réflexions d'ordre institutionnel où on peut parfois observer un décalage entre les déclarations institutionnelles de nature identitaire et la réalité. Même si on affirme volontiers que l'éthique soit l'affaire de tous, il faut néanmoins reconnaître qu'il existe peu de référents formés à la question et que certaines directions peinent elles-mêmes à circonscrire le contenu et les modalités d'une réflexion éthique. Enfin, et ce n'est pas le moindre motif pour s'intéresser à la thématique de l'accréditation, une instrumentalisation

de l'éthique dans le processus d'accréditation peut certes ouvrir à un minimum en matière d'éthique mais construire bon nombre d'illusions quant à la dimension éthique du processus en tant que tel.

Ceci nous a amené, dans un premier temps, à formuler quelques questions très simples, généralement issues de la pratique :

- Comment définir la réflexion éthique dans le cadre de la démarche d'accréditation : relève-t-elle d'abord d'un processus procédurier et institutionnel ? Ou s'agit-il d'une autre démarche collective de questionnement au cœur d'une institution, questionnement relatif à ses propres finalités et valeurs ?
- Comment intégrer la fonction éthique dans l'accréditation et dans le fonctionnement institutionnel ? Comment en faire un moment réflexif et progressif, et par quels acteurs ?
- Comment faire de la contrainte une opportunité réflexive pour soutenir la réflexion éthique afin de tendre vers une amélioration, fut-ce au prix d'une certaine instrumentalisation ?
- Une démarche d'accréditation peut-elle constituer une opportunité institutionnelle pour appréhender la place et l'importance de l'éthique dans les pratiques professionnelles ?

Des opportunités institutionnelles : l'exemple d'une institution¹

Un premier élément important réside dans la culture institutionnelle sur laquelle vient se greffer la procédure d'accréditation. Une culture institutionnelle habituellement proche des soignants favorisera un processus discursif déjà initié et ne donnera pas l'impression d'un processus d'enquête, de 'jugement' de ce qui est fait, voire-même sera en mesure de valoriser le travail et l'engagement des acteurs au cœur de l'institution : la satisfaction d'obtenir label, de pouvoir progresser.

En pareil contexte, l'accréditation représente une chance pour la structure hospitalière qui y voit une opportunité d'amélioration et l'accréditation devient un outil collégial pour y parvenir, démarche centrée sur une méthodologie uniformisée. Le processus permet ainsi d'établir des procédures internes et maximalise une professionnalisation de l'hôpital où tous les niveaux de ce dernier sont informés et peuvent se sentir impliqués. Les équipes peuvent en tirer de la fierté, de la reconnaissance obtenue par un organisme international.

Si au premier abord le processus s'avère peu évident, il se révèle néanmoins cohérent car tous les acteurs dans l'hôpital adoptent un comportement (un code) éthique au quotidien sans en être forcément conscients. Il s'agit également d'une opportunité de formation : il importe également de « former » le personnel à appréhender le processus, à répondre aux questions et ainsi à « vendre » ce qui était bien fait dans l'institution. De petits manuels, avec des quiz, sont en mesure de favoriser ce type de démarche.

Lorsqu'on arrive dans la deuxième étape d'évaluation, le référentiel devient complètement différent car il représente un processus d'alignement sur le Canada. Le processus est très procédurier et peut apparaître en grand décalage avec nos pratiques. Le décalage se situe notamment en termes de vocabulaire. On risque également, si on n'y prête pas attention à assister à une réduction de l'éthique, cette dernière étant appréhendée au plus près des actes « du quotidien ». L'éthique ne se limite pas aux « grandes questions éthiques ». Il y a une démarche éthique dans toute décision ; c'est l'éthique intégrée. L'approche patient y est également différente ; il s'agit d'abord de fixer un objectif à atteindre

¹ Pour cette partie du document, nous sommes redevables de la contribution de messieurs G. Lefevre, directeur général du CH de Mouscron, et de M. Nichmilder, coordinateur qualité RSL et collaborateur qualité au CH de Mouscron, venus nous partager leur expérience en date du 10 janvier 2023. Les quelques schémas ici proposés sont issus de leur intervention.

en concertation avec le patient. Or, le patient belge n'est pas préparé à ce genre de démarche. Cette démarche porteuse de sécurité pour le patient et l'institution – s'assurer que tout ce qui doit être fait est bien fait – va cependant au-delà de la législation belge. Or pour obtenir l'accréditation il faut répondre à la logique de l'outil y compris sur les aspects non requis par la législation.

Si le processus d'accréditation souhaite généralement une plus grande visibilité des comités d'éthique, il permet conjointement de mettre en place certaines stratégies particulièrement importantes pour l'hôpital, comme par exemple pour le C.H. de Mouscron :

- Le respect tout le monde, à tous les niveaux ;
- l'accès aux soins pour tous ; avec la mise en place d'une politique tarifaire notamment. L'hôpital assume le risque financier pour ne pas contraindre le médecin à faire un choix basé sur la sécurité financière du patient.
- Adaptation par une action locale découlant d'une planification des soins par rapports aux besoins.
- La formation en continu
- La confidentialité des soins.
- Collaboration avec le patient et la famille avec notamment la mise en place d'un questionnaire à remplir au préalable à la consultation.

Enfin, le processus d'accréditation peut permettre de mettre au jour la notion **d'événements éthiques indésirables**, ces derniers pouvant être signalés par l'ensemble des collaborateurs. Il s'agit d'abord de cerner ce qu'est réellement un événement éthique indésirable. La compréhension de la notion passe par un apprentissage des professionnels sous la forme de formations à destination du personnel (exemple : règles internes de la gestion des décès). Comment cela peut-il de se passer dans la réalité ? Lorsqu'un événement éthique indésirable est signalé, un message informe automatiquement le chef du service qui reçoit également un formulaire de suivi de l'évènement. L'évènement est ensuite analysé par l'équipe. Certains évènements sont transférés vers la cellule de médiation. Il est important de mentionner que la procédure de déclaration inclut une clause de non-culpabilité et une grille de divulgation (schéma d'aide à la divulgation).

Au niveau de la gouvernance de l'hôpital, les évènements éthiques indésirables d'un certain niveau de gravité peuvent être présentés au Conseil d'administration, ce qui permet conjointement à ses membres d'acquérir une certaine maturité quant à la gestion des évènements indésirables.

Le patient et son entourage peuvent également déclarer un évènement indésirable. Dans ce cas, et dans un souci de communication, la procédure est nommée autrement **suggestion d'amélioration bienveillante (SAB)** ; L'expression « évènement indésirable » étant perçue comme négative.

Des critères d'accréditation se rapportant à l'éthique peuvent également être repérés par l'ensemble des acteurs concernés et partagés à l'ensemble du personnel. On se trouve de la sorte dans un exercice à dimension collective, issu de la pratique et traitant de question de leadership, d'excellence des soins, d'organisation des services, etc. Prenons, à titre d'exemple, certains éléments relevés au CH de Mouscron lors de cette démarche.

Approche ETHIQUE sous l'angle d'AC... Et premier hôpital belge à être certifié par AC

Critères de l'accréditation concernant l'éthique (suite)

5) Référentiel Service des urgences

- 5.16 Les patients et les familles reçoivent de l'information sur la façon de déposer une plainte ou de signaler la violation de leurs droits.
- 5.17 Un processus d'enquête sur les allégations de violation des droits des patients et de suivi des dossiers est élaboré et mis en œuvre avec l'apport des patients et des familles.
- 7.01 L'établissement de santé dispose de protocoles et de politiques bien établis en matière de dons de tissus et d'organes.
- 7.02 L'établissement dispose d'une politique relative au diagnostic de décès neurologique (DDN).
- 7.03 L'établissement dispose d'une politique pour le transfert de donneurs d'organes potentiels dans un autre service de soins dès le moment où ils sont identifiés comme tels.
- 7.04 L'établissement a clairement défini les signes cliniques déclencheurs qui permettent d'identifier les donneurs potentiels d'organes et de tissus.
- 7.05 L'équipe reçoit une formation pratique et théorique sur le don d'organes et de tissus ainsi que sur le rôle de l'établissement de santé et du service des urgences en la matière.
- 7.06 L'équipe reçoit une formation pratique et théorique sur la façon d'apporter du soutien et de fournir des renseignements aux familles de donneurs d'organes et de tissus potentiels, avec la participation des patients et de leur famille.
- 7.07 En cas de mort imminente ou établie pour les donneurs potentiels, un service d'approvisionnement en organes (SAO) ou en tissus est notifié en temps opportun.
- 7.08 L'équipe enregistre toutes les étapes du processus du don d'organes ou de tissus dans le dossier médical du patient, y compris la décision de la famille sur le sujet.

6) Référentiel Service de soins intensifs

- 8.01 Des politiques et des procédures régissent le don d'organes et de tissus.
- 8.06 Une politique conforme aux exigences légales est mise en œuvre pour aborder des patients et leur famille à propos du don d'organes et de tissus.
- 8.07 L'établissement a défini les signes cliniques déclencheurs qui permettent d'identifier les donneurs potentiels d'organes et de tissus.
- 8.10 En cas de mort imminente ou établie pour les donneurs potentiels, le service d'approvisionnement en organes (SAO) ou en tissus est notifié en temps opportun.
- 8.11 L'équipe enregistre toutes les étapes du processus du don d'organes ou de tissus dans le dossier médical du patient, y compris la décision de la famille sur le sujet.
- 8.12 Les données recueillies concernant tous les décès survenus dans l'unité de soins intensifs (USI) sont accessibles et un examen des données a lieu pour identifier les possibilités perdues en termes de don et recueillir les informations appropriées.



Qualité & Sécurité, tous impliqués au quotidien !

Qu'en retenir (l'enjeu de fond) ?

Bien sûr, chaque institution pourra mener, diriger ce processus d'accréditation selon sa propre histoire, sa culture et sa temporalité. Nous voulons simplement souligner que « l'outil accréditation » - cela ne devrait pas être une fin en soi – est en mesure de favoriser une progression qualitative pour une structure hospitalière, progression qui aurait dû, de toutes façons, exister par d'autres voies. Ce processus comporte également l'avantage de créer, de renforcer une culture commune par la mise en place d'un vocabulaire collectif dans un projet collectif où le fait de devoir rédiger des procédures permet d'identifier certains éléments ; d'où l'importance de l'implication du terrain dans la rédaction : « fais-moi une procédure pour me montrer comment tu fais bien ». C'est bien toute la différence avec une procédure qui serait imposée « d'en-haut », et de plus par des acteurs extérieurs.

Des pièges possibles

Tout ce que nous venons de développer jusqu'ici montre qu'une démarche d'accréditation peut relever de ce que nous nommerions volontiers une opportunité institutionnelle à condition de réaliser au mieux ce qui la sous-tend en termes d'enjeux humains, de visée stratégique et de conception de l'acte de soin. En d'autres mots, le contexte global dans lequel se déploie de nos jours une telle démarche peut mettre à mal les acteurs et soignants ne comprenant pas « ce qu'on leur demande encore » ! Ne pas le faire risquerait de réduire le processus, le chemin collectif permis à une simple procédure dont seul importerait le « résultat », le « bulletin » institutionnel et promotionnel. Trois pistes peuvent être évoquées² : la place des procédures et des experts, ce qui fait tenir le monde de la santé, le recours à des référentiels.

La place des procédures et des experts

² Nous remercions le Prof. J.-M. Longneaux d'avoir proposé ces pistes lors de la réunion du 23 mai 2023.

Le néo-libéralisme reste la règle et le contexte dans lequel se déploient de nos jours les procédures d'accréditation mais il doit être piloté par des experts dont le rôle est de dire à tous – aux soignants et aux institutions - comment faire. Au nom du slogan « il faut s'adapter », est-on réellement conscient de ce qu'on sollicite et est-ce à des experts, souvent extérieurs, qu'il revient d'accompagner cette adaptation comme un mouvement inévitable ? Qu'en est-il d'une autre manière de faire, s'appuyer sur une intelligence, une créativité collective telles que nous les avons mentionnées au début de ce document ? Une intelligence collective qui s'interrogerait sur les fins effectivement déployées dans une structure hospitalière et dans l'œuvre de soin. L'accréditation pensée uniquement en termes de procédure risque en effet de conduire l'institution et ses acteurs sur un tout autre chemin, celui du principe d'amélioration permanent et sans fin. Dans ce processus, il s'agit d'inscrire des normes présentées comme valables au niveau international dans la réalité des institutions de santé, normes produites par une médecine par les preuves, une médecine factuelle. Et le problème devient alors celui de la résultante car ce processus insuffisamment réfléchi et laissé à lui-même risque de placer les travailleurs dans une perte de maîtrise des procédures qui sont constamment amenées à évoluer, des normes à peine mises en place étant déjà obsolètes (la crise COVID en a été un bel exemple). Dans cet horizon, la médecine devient plus technique, plus performante et les travailleurs sont donc amenés à s'adapter continuellement. Certes, l'objectif de l'accréditation est l'amélioration, et celle-ci peut être objectivée mais en se focalisant sur ces améliorations, c'est peut-être nourrir un processus qui nous dépasse. L'accréditation recourt à des experts extérieurs pour « dire » les procédures. Le soin se réduit à du quantifiable en s'appuyant sur la médecine factuelle. Or, à l'origine, l'Evidence-Based Medicine est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Pour ce faire, le médecin s'appuie sur les connaissances scientifiques « du moment », sur ses observations personnelles, tout en tenant compte de la spécificité du patient. La médecine factuelle est un jugement « éclairé » qui constitue le cœur de la pratique médicale. Le risque, si la procédure s'impose pour elle-même, c'est d'assister à un effacement de ce rôle du soignant par l'application d'un savoir et de procédures élaborées par d'autres. *En ce sens, mettre en œuvre un processus d'accréditation invite d'abord à réfléchir sur la fin : une médecine qui se focalise sur l'application de procédures, avec les meilleures intentions du monde, passe (risque de passer) à côté du qualitatif (au sens vrai). L'accréditation se présente comme la garante de soins de qualité par le suivi de procédures vérifiées par l'expérience. Le problème est que l'accréditation est le seul processus envisagé pour ce faire et les soignants risquent dès lors d'être instrumentalisés – ils deviennent de simples ressources - pour appliquer la procédure.*

Ce qui fait tenir le monde de la santé

Une autre difficulté résulte de la tension toujours possible entre l'attention à la situation singulière d'un patient et à la mise en œuvre d'une norme, d'une procédure dans un processus de décision. Or, telle est bien la question d'une perception de l'accréditation réduite à la seule proposition de normes en termes de fonctionnement : si on pense l'organisation des soins en mettant l'accent sur des procédures quantifiables, vérifiables et évolutives, quelle sera encore la place pour une « décision éclairée » du médecin, pour un réel engagement personnel au service de la personne souffrante. Sans le surévaluer à l'excès, un risque est réel au regard d'un processus insuffisamment réfléchi, ce qu'on pourrait appeler une « prolétarianisation » des soignants.

Tout ceci pose évidemment la question du sens au travail avec un risque d'accroissement de la souffrance au travail par déperdition du sens, de l'âme du soin au profit de la norme et de la procédure. En effet l'évaluation régulière des pratiques professionnelles et des résultats obtenus ainsi qu'une dynamique de réajustement permanent contribuent à une sorte d'expropriation du sens pour les soignants ne pouvant plus décider par eux-mêmes, et en situation, de ce qu'il faut faire pour bien faire. Un système de soins n'est générateur de sens tant pour le soignant que pour la personne soignée qu'en s'appuyant d'abord sur une relation de soin visant la prise en charge globale du patient, prise en charge

au cœur de laquelle le professionnel peut s'investir en humanité. Ceci nous amène à une autre question de fond à garder en mémoire : *dans un environnement hyper normé (par des procédures) existe-t-il encore une place pour un avis, une décision personnelle du soignant ?*

Le recours à des référentiels

Si, comme nous l'avons vu, un processus d'accréditation peut représenter une opportunité collective et créative pour s'interroger sur les finalités, les valeurs et, ultimement proposer certains référentiels, encore ne faut-il pas s'illusionner sur ces derniers, surtout lorsque « la question éthique » devient la seule problématique, en référence à la législation relative aux droits du patient.

Mais la loi suffit-elle pour faire et dire l'éthique ? La vie est complexe dans sa nature et ne se plie pas (toujours) à la loi ; cette dernière peut, dans certaines situations, être difficile à respecter. C'est alors que commence le débat éthique. Or, l'accréditation ne permet pas de s'interroger sur la loi mais elle demande la mise en place de mesures pour respecter la loi ainsi qu'au-delà de la loi. Elle érige, par exemple, la signature du consentement en règle absolue à observer et à démontrer (traces écrites). Cependant, il existe des situations où cette procédure ne peut pas être appliquée. Où est donc la place pour la réflexion éclairée du soignant (au bénéfice du soigné) ? La dignité (du soigné) doit permettre d'interroger sans cesse la finalité de l'action singulière.

L'obligation du consentement écrit se substitue au colloque singulier entre le médecin et le patient. De tout cela, il résulterait un constat dont il importe de rester conscient : *d'une part, le travail du soignant risque de perdre du sens, et, d'autre part, la pratique perd un « savoir-faire parallèle ».*

En conclusion

Une démarche d'accréditation, on l'aura compris, ne relève pas de la délivrance d'un « label éthique » à une institution. En ce sens, l'éthique n'est pas accréditée. Cependant, le processus permet de lui offrir une certaine opportunité, en deux sens au moins. Tout d'abord, s'interrogeant sur l'amélioration possible des processus de soin et la mise au jour de leur finalité, l'accréditation induit des améliorations qualitatives porteuses d'enjeux éthiques. Ces derniers renvoient au respect du patient dans l'ensemble de ses besoins-désirs et, idéalement, quant aux moyens offerts à l'ensemble des acteurs concernés pour y parvenir. Ensuite, ce type de démarche porte le souhait d'une plus grande visibilité de l'éthique, que ce soit dans la manière dont elle « se glisse » au quotidien du soin mais également dans sa représentation réelle au cœur de l'institution, particulièrement par une place d'avantage reconnue et opérationnalisée des comités d'éthique.

Rapport définitif validé par la CE/RSL
Novembre 2023

Ont contribué à l'élaboration du document : Prof. D. Jacquemin (CHU UCL Namur, Président de la Commission), Prof. P. Evrard (CHU UCL Namur, site Mont-Godinne), Mr Etienne Gourdin (CHU UCL Namur, site Mont-Godinne), Dr. Ph. Damoiseaux (CHU UCL Namur, site de Dinant), Dr. L. Gillard (Grand Hôpital Charleroi), Dr S. Loix (Helora, site Jolimont), Prof J.M. Longneaux (UNESSA / UNamur), Prof. A. Loute (UCLouvain, IRSS), Dr. I. Mathieu (CHU UCL Namur, site Sainte-Elisabeth), Dr. B. Pirenne (Saint-Pierre Ottignies), Mr. Ph. Rouard (coordinateur RSL).
--

Tél : 02/764.52.34 E-mail : philippe.rouard@uclouvain.be