



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Analyse de la littérature
sur l'impact des démarches
de certification des établissements
de santé

Novembre 2010

MATRIX Knowledge group
est l'auteur de ce rapport.

Ce rapport, comme l'ensemble des publications, est téléchargeable sur :
www.has-sante.fr

Équipe projet :

Matrix Knowledge group

M. Mathieu Capdevilla
M. Alexis Llewellyn
Dr Théo Lorenc
Dr Myriam Lugon

Expertise externe :

Dr Valentin Daucourt (RéQua)
Mme Catherine Heureude

HAS

Mme Anne Depaigne-Loth
Dr Charles Bruneau
Dr Vincent Mounic
Mme Emmanuelle Blondet
Melle Valérie Combe
Mme Marilyn Rubinsztein

Sommaire

1. Enseignements	5
2. Rapport de synthèse	5
2.1 Les résultats des études	6
2.2 Les méthodologies	8
3. Méthodologie	10
3.1 Recherche bibliographique	10
3.2 Résultats de la recherche bibliographique	11
3.3 Sélection des études	11
3.4 Recueil des données et analyse critique des études	12
3.5 Principaux points forts et limites de la revue de littérature	12
4. Les résultats principaux de la revue de la littérature	13
4.1 Présentation générale et statistique descriptives des références sélectionnées pour la revue de littérature	13
4.2 Typologie de l'impact	14
4.3 Panorama des méthodes des études	22
5. Typologies des méthodologies des études issues de l'analyse de la littérature	25
5.1 Études qualitatives	25
5.2 Études quantitatives	27
5.3 Études mixtes	29
Conclusion	33
Annexe 1. Méthodologie	35
Annexe 2. Caractéristiques méthodologiques, résultats et analyse critique des études	39
Annexe 3. Liste bibliographique des études incluses	57

1. Enseignements

Les principaux enseignements de la revue de littérature sur l'évaluation de l'impact de la démarche d'accréditation/certification des établissements de santé sont les suivants :

- une majorité des études indiquent l'existence d'un impact positif de la démarche d'accréditation/certification des établissements de santé sur l'amélioration de l'organisation/du management¹ et des pratiques professionnelles au sein des établissements de santé² ;
- il existe peu d'études s'attachant à démontrer un lien entre l'accréditation/certification et l'amélioration des résultats de soins. Ce lien paraît plus difficile à objectiver. Davantage de recherche est requise dans ce domaine ;
- les études incluses dans cette revue n'ont pas apporté de données suffisantes pour démontrer un lien entre le niveau de satisfaction des patients et usagers vis-à-vis des soins et le statut des établissements vis-à-vis de l'accréditation/certification³ ;
- dans l'ensemble, les études montrent que les professionnels de santé ont des perceptions positives de l'accréditation/certification et de son impact⁴ ;
- les professionnels mettent aussi en lumière un certain nombre d'effets négatifs (par ex. l'alourdissement de la charge de travail) ;
- les études passées en revue s'appuient sur trois grands types de méthodologies : les méthodologies qualitatives, les méthodologies quantitatives et les méthodologies mixtes. Huit sous-types de méthodologies ont été identifiés, en fonction des types de données analysées et des méthodes employées pour les recueillir. Les forces et faiblesses méthodologiques des études examinées suggèrent des pistes pour de futurs travaux :
 - le développement d'approches mixtes qualitatives/quantitatives qui sont souvent apparues comme les plus adaptées à l'étude d'interventions complexes ;
 - une intégration plus poussée au modèle d'analyse des multiples facteurs permettant d'expliquer les changements, en particulier d'autres programmes d'amélioration de la qualité des soins ;
 - le développement d'études prospectives qui permettent d'intégrer des analyses plus fiables de l'évolution et d'attribuer avec plus de certitude les changements à l'intervention étudiée ;
 - une approche plus critique et rigoureuse de la nature (perception/factuelle) et de la qualité des données utilisées ;
 - l'exploration du lien entre l'accréditation/certification et l'amélioration des résultats de soins.

2. Rapport de synthèse

Cette revue de littérature concerne la littérature française et internationale sur l'évaluation de l'impact des procédures d'accréditation/certification des établissements de santé. Elle vise à (1) établir un panorama général des résultats et des méthodologies dans le champ de l'évaluation de l'impact de la certification des établissements de santé et (2) à évaluer les qualités méthodologiques des études examinées (cf. questions de recherche ci-dessous).

Dans le cadre de cette étude, le concept d'accréditation/certification des établissements de santé inclut toute forme de procédure par laquelle la qualité des services est suivie et/ou évaluée, par suivi/évaluation externe, accompagnée la plupart du temps par une auto-évaluation, en fonction d'un certain nombre de

1. Cf. Chapitre « Le type d'impact ».

2. Cf. Chapitre « Le type d'impact ».

3. Seules 4 études (Al Tehewy, 2009 ; Dean Beaulieu et Epstein, 2002 ; QA Project, 2005 ; Salmon et al., 2003) mesurant la satisfaction des patients et usagers vis-à-vis des soins offerts dans des établissements accrédités vs. non accrédités ont été retenues, et leurs résultats sont hétérogènes.

4. Dix études suggèrent que les professionnels de santé ont des vues majoritairement positives vis-à-vis de l'impact de l'accréditation/certification des établissements de santé sur les organisations et les pratiques professionnelles. Dix autres études présentent des conclusions plus contrastées (impact mixte) sur l'accréditation/certification notamment en termes de surcharge de travail et de plus-value pour les personnels soignants.

critères explicites. Afin d'être sélectionnée, l'étude doit porter sur une procédure d'accréditation/certification garantie par un organisme indépendant (gouvernemental ou non gouvernemental)⁵.

L'impact est un effet, mesurable ou non, positif ou négatif qu'un processus a, ou pourrait avoir, sur son environnement⁶.

Dans le cadre de l'accréditation/certification, l'évaluation de l'impact porte sur les effets ou impacts observés de la démarche⁷.

Les recherches ont été réalisées sur des bases bibliographiques de littérature scientifique, sur des sites Internet des agences d'accréditation/certification nationales et internationales ainsi que dans la presse professionnelle spécialisée. Ces recherches ont permis l'identification, l'analyse et la sélection de 56 références pertinentes pour la synthèse des données probantes. La sélection des études pertinentes a été effectuée en fonction de critères de sélection prédéfinis. Ont été retenues les études portant sur l'accréditation/certification des établissements de santé et qui présentaient des données empiriques sur ses effets.

La synthèse des résultats de la revue de littérature est présentée ci-dessous. On distinguera (1) la synthèse des résultats des études et (2) les méthodologies des études.

2.1 Les résultats des études

► Quel type d'impact ?

Cette revue distingue trois types d'impact :

- les études montrant ou cherchant à montrer des changements managériaux et organisationnels et culturels (par ex. impact sur les dynamiques professionnelles, les conditions de travail, la formation du personnel, la planification d'urgence, l'impact financier et l'efficience médico-économique) ;
- les études montrant ou cherchant à montrer des changements de pratiques professionnelles⁸ (par ex. la conformité des prescriptions, la maîtrise du risque infectieux et l'accueil des patients) ;
- les études montrant ou cherchant à montrer des effets sur les résultats de soins-résultats cliniques de soins (par ex. réhospitalisation après chirurgie, les résultats chirurgicaux, le taux de mortalité) et/ou la satisfaction des patients⁹.

Un grand nombre d'études (30) évaluent au moins deux types d'impact. La majorité des études mesurent l'impact de l'accréditation/certification en termes d'amélioration des pratiques professionnelles (46/56).

5. Voir notamment : Scrivens E. Accreditation: protecting the professional or the consumer? Buckingham; Philadelphia: Open University Press; 1995, et Viswanathan HN, Salmon JW. Accrediting organizations and quality improvement. Am J Manag Care. 2000 Oct;6(10):1117-1130.

6. Cette définition correspond à celle qui a été retenue par l'Anaes en 2002. « La notion d'impact est plus globale que la notion de résultats. Les résultats sont des changements directement liés aux objectifs du programme ; l'impact regroupe l'ensemble des changements directs et indirects, voulus ou non voulus, liés ou non aux objectifs explicites du programme, tant sur la population visée que sur la population entière. » Anaes. Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux. 2002 mai; p.18.7. Les études examinées cherchent à mettre en lumière trois types de lien ou relation entre l'accréditation/certification et les effets observés : une mesure du changement suggérant l'impact sans chercher à le démontrer ; la mise en lumière d'un lien statistique entre la participation à la démarche d'accréditation/certification ou le statut d'accréditation et le changement observé; la recherche d'un lien de cause à effet visant à démontrer que le changement s'opère du fait de la participation à la démarche d'accréditation/certification.

7. Les études examinées cherchent à mettre en lumière trois types de lien ou relation entre l'accréditation/certification et les effets observés : une mesure du changement suggérant l'impact sans chercher à le démontrer ; la mise en lumière d'un lien statistique entre la participation à la démarche d'accréditation/certification ou le statut d'accréditation et le changement observé; la recherche d'un lien de cause à effet visant à démontrer que le changement s'opère du fait de la participation à la démarche d'accréditation/certification.

8. Par exemple, l'étude de Sekimoto et al. (2008) compare le degré de conformité aux bonnes pratiques dans le domaine de la maîtrise du risque infectieux entre hôpitaux accrédités et non accrédités. L'étude de Berthelier (2002) porte quant à elle sur l'effet de l'accréditation sur la qualité de l'accueil des patients en service de néphrologie.

9. Bien que les résultats cliniques et la satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus entrent tous les deux dans la catégorie des résultats de soins, nous les traitons généralement de manière séparée, ces données étant de natures différentes, et étant le plus souvent traitées séparément dans les études retenues.

Trente-six études mesurent l'impact en termes de changement organisationnel. Sept études intègrent des mesures de résultats cliniques associées à l'accréditation/certification. Par ailleurs, 4 études mesurent la satisfaction des patients vis-à-vis d'établissements accrédités vs. Non accrédités.

Seules 5 études présentent des mesures de coût de l'accréditation/certification, mais aucune étude incluse n'emploie d'analyse de l'impact économique approfondie (par exemple analyse coût/efficacité) de cette procédure.

► Quelle est la source de l'impact ? Quel aspect du dispositif est concerné ?

La grande majorité des études sélectionnées traitent de l'impact de la démarche d'accréditation/certification dans son ensemble. Sur 56 études seules trois études étudient l'effet d'une étape spécifique du processus d'accréditation/certification comme l'effet de la préparation à l'accréditation/certification et/ou de l'auto-évaluation en particulier (1 étude) et l'effet du rapport et/ou des recommandations des experts faisant suite aux visites (2 études). Une autre étude isole l'impact de deux étapes (visites des experts et rapport). Cinq études traitent à la fois de l'effet l'accréditation/certification dans son ensemble mais également de l'impact d'un ou plusieurs aspects de la procédure.

► Quels résultats ? Un impact positif ou un impact négatif ?

Une majorité d'études indiquent que l'accréditation/certification a un effet positif sur les établissements de santé (c.à.d. effet positif sur l'organisation/management, sur les pratiques professionnelles et/ou sur les résultats de soins) (34/56), et aucune étude incluse n'a conclu que l'accréditation/certification a un effet exclusivement négatif sur les établissements de santé.

Plusieurs études suggèrent que l'accréditation/certification favorise la mise en œuvre des bonnes pratiques. Il semble notamment qu'elle encourage les professionnels à rendre leurs pratiques davantage conformes aux exigences de qualité promues par les organismes responsables de l'accréditation/certification.

La figure suivante présente un panorama des résultats de la mise en place de l'accréditation/certification par type d'impact.

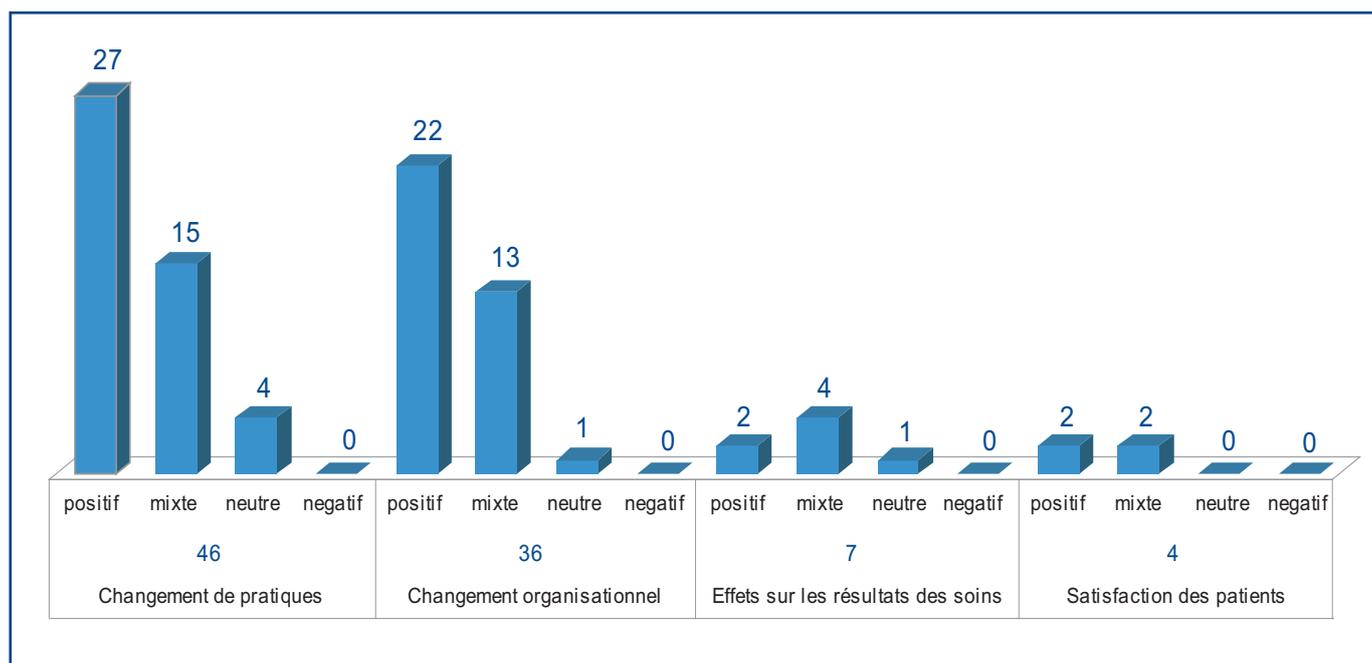


Figure 1. **Distribution des études par type de changement et par nature des résultats de la mise en place de l'accréditation/certification**

2.2 Les méthodologies

► Méthodologies qualitatives ou quantitatives ?

On distingue trois types principaux d'approches (ou designs) méthodologiques :

- les méthodologies qualitatives : elles sont fondées sur des données provenant des perceptions des parties prenantes et de données factuelles qualitatives ;
- les méthodologies quantitatives : elles sont fondées sur des données provenant des perceptions des parties prenantes et de données factuelles quantitatives ;
- les méthodologies qualitatives et quantitatives (ou dites « mixtes ») : elles sont fondées sur des modèles méthodologiques conciliant des données à la fois qualitatives et quantitatives, conciliant différents modes d'objectivation.

La majorité des études sélectionnées emploient des méthodologies de type quantitatif (40/56). Neuf études sont des études qualitatives, et 7 études emploient des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives).

► Recueil de données de perception ou recueil de données factuelles ?

La majorité des études présentent des données de type factuel (30/56). Dix-sept études fondent leurs résultats sur des perceptions/opinions, et 9 études combinent des données factuelles et de perception sur l'impact de l'accréditation/certification.

Les méthodes de recueil de données varient :

- l'emploi de questionnaires standardisés (28 études) et l'utilisation de bases de données préexistantes (16 études) sont les plus fréquents et sont généralement utilisés dans des études quantitatives.
- les entretiens semi-directifs individuels ou collectifs sont utilisés par une majorité d'études qualitatives (7 études sur 9). Ces études permettent d'analyser en profondeur certaines dimensions de l'impact de l'accréditation/certification et notamment le ressenti des personnels soignants vis-à-vis du changement organisationnel.
- l'analyse de documents directement liés à l'accréditation/certification¹⁰ est aussi une source potentielle de données servant aux évaluations (8 études). Elles sont généralement employées en complément d'autres méthodes (triangulation méthodologique).
- les rapports de certification peuvent être utilisés pour évaluer les effets de l'accréditation/certification sur les organisations et les pratiques professionnelles. Utiliser des données déjà collectées présente des avantages certains, la collecte de nouvelles données étant souvent coûteuse. Néanmoins, ces sources présentent des limites du fait de leur nature : elles ne peuvent pas remplacer des données recueillies spécifiquement pour les besoins d'une étude de mesure d'impact.
- enfin, les méthodes d'observation (5 études) peuvent faire partie du panel de méthodes disponibles pour évaluer l'impact de l'accréditation/certification. La figure suivante présente un panorama des études en fonction du design et des méthodes de recueil de données employées.

10. Par exemple, l'étude Pomey et al. (2010) a utilisé les rapports d'auto-évaluation et d'accréditation en lien avec d'autres sources de preuves.

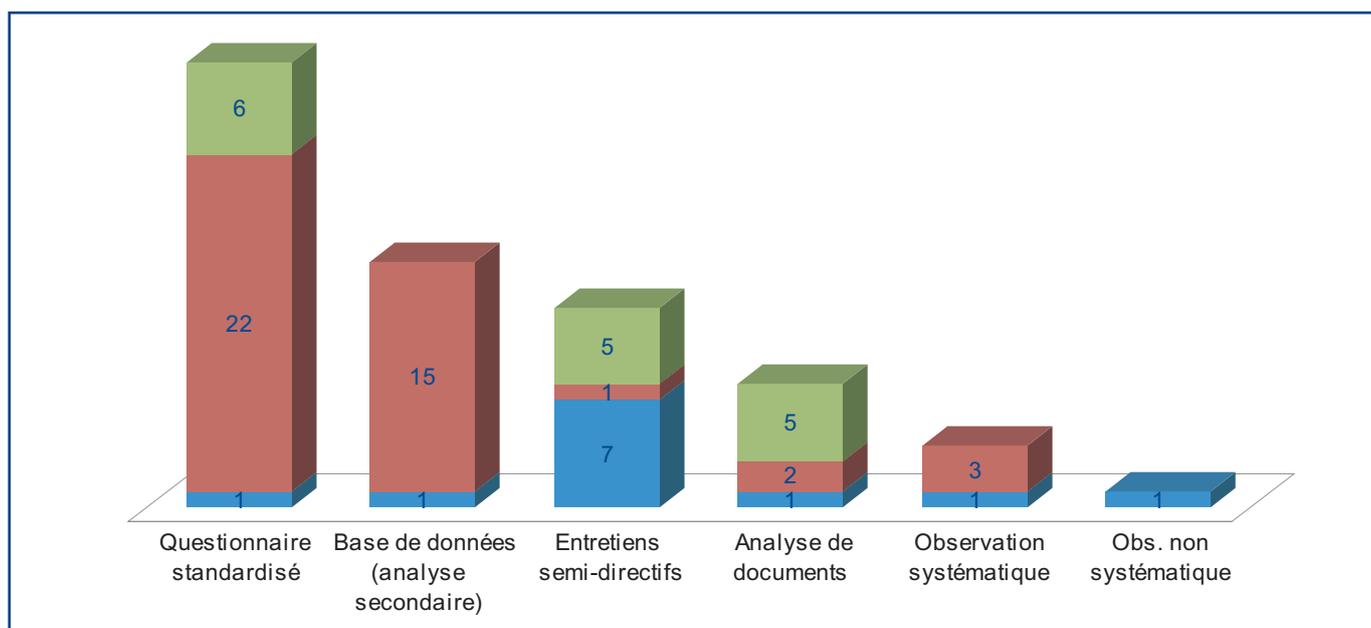


Figure 2. Distribution des études par type de design méthodologique et par méthode de recueil des données

En conclusion, une majorité d'études indiquent l'existence d'un lien positif entre l'accréditation/certification des établissements de santé et l'amélioration de l'organisation/du management et des pratiques professionnelles au sein des établissements de santé. Ces liens ont généralement été étudiés au niveau des établissements de santé pris isolément, ou au niveau d'établissements de santé regroupés au sein d'échantillons qui peuvent être plus ou moins représentatifs de la population des établissements de santé. Aucune étude identifiée n'a conclu que l'accréditation/certification avait un effet exclusivement négatif sur les établissements de santé. Cette étude de la littérature tend ainsi à confirmer l'hypothèse que l'explicitation et la promotion de certaines exigences de qualité au travers de dispositifs d'accréditation/certification favorisent effectivement leur mise en œuvre par les professionnels des établissements de santé.

Si l'impact de l'accréditation/certification sur l'organisation ou les pratiques professionnelles est montré dans une majorité d'études, l'impact de ces démarches sur les résultats de soins ou leur amélioration est plus difficile à objectiver. Le nombre d'études s'attachant à démontrer ce lien est faible et leurs conclusions sont en partie divergentes.

Par ailleurs, cette revue de littérature démontre la faisabilité des méthodes d'évaluation de la démarche de l'accréditation/certification au niveau des établissements de santé¹¹.

Si l'impact de l'accréditation/certification sur l'organisation ou les pratiques professionnelles est montré dans une majorité d'études, l'impact de ces démarches sur les résultats de soins ou leur amélioration est plus difficile à objectiver. Le nombre d'études s'attachant à démontrer ce lien est faible et leurs conclusions sont en partie divergentes.

Par ailleurs, cette revue de littérature démontre la faisabilité des méthodes d'évaluation de la démarche de l'accréditation/certification au niveau des établissements de santé.

Les méthodologies quantitatives sont les plus fréquentes dans la littérature couverte par cette étude. Leur avantage est qu'elles peuvent couvrir des échantillons larges et représentatifs. Cependant, elles ne peuvent analyser l'effet de l'accréditation/certification en profondeur comme les études qualitatives, qui permettent notamment une mise en contexte plus forte des résultats. L'inconvénient des études qualitatives,

11. Hypothèse notamment suggérée par Shaw C. External assessment of health care. BMJ. 2001 Apr 7;322(7290):851-854.

contrairement aux études quantitatives, réside notamment dans le caractère difficilement généralisable de leurs résultats. Les méthodes mixtes qui utilisent des méthodologies à la fois qualitatives et quantitatives sont les plus riches d'enseignement, notamment du fait qu'elles peuvent combiner représentativité et détail des résultats. Par ailleurs, elles offrent plusieurs modes d'objectivation¹² ce qui peut accroître la puissance de leurs résultats.

En conclusion, cette revue de littérature reflète la variété des méthodologies employées pour évaluer l'impact de l'accréditation/certification. Le choix de méthodologies pertinentes dans le contexte du projet « impact » de la HAS dépend des besoins spécifiques en termes de démonstration de la plus-value de la démarche d'accréditation/certification, des données disponibles et de la capacité de la HAS à déployer ces méthodologies.

Les sections suivantes détaillent les résultats de cette revue de littérature et passent en revue :

- la méthodologie utilisée pour conduire cette revue de littérature (chapitre 3) ;
- la présentation générale et les statistiques descriptives des références sélectionnées (chapitre 4.1) ;
- les typologies de l'impact et le panorama des méthodologies des études (chapitres 4.2 et 4.3) ;
- la typologie détaillée de la revue de littérature (chapitre 5) ;
- les annexes détaillant les aspects documentaires et méthodologiques de la présente revue.

3. Méthodologie

Ce chapitre présente les éléments principaux de la méthodologie employée pour effectuer les étapes suivantes : recherche bibliographique, analyse et sélection des références, extraction et synthèse des données, analyse critique des études. Un descriptif détaillé est proposé dans l'annexe 1 de ce rapport.

3.1 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique dans les bases de données a porté sur la période du 1^{er} janvier 2000 au 22 juin 2010, une veille a été réalisée jusqu'au 31 août 2010.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données *Medline*, *Embase*, *CINAHL*, *HMIC*, *BNI* ;
- pour la littérature francophone : la base de données Pascal et la Banque de données en santé publique ;
- les sites Internet des agences d'accréditation/certification nationales et internationales et sites de littérature grise (études non publiées, ou publiées mais difficilement accessibles) pertinents couvrant 16 pays au total (voir annexe 1 pour liste complète).

Cette recherche a été complétée par la revue des sommaires de revues professionnelles spécialisées (voir annexe 1 pour la liste complète).

Par ailleurs, les études incluses dans les revues de littérature suivantes, et qui n'avaient pas été identifiées par les recherches de bases de données, ont été analysées :

- Greenfield D, Braithwaite J. *Health sector accreditation research: a systematic review. Int J Qual Health Care.* 2008 Jun; 20(3):172-183.
- Nicklin W, Dickson S. *The Value and Impact of Accreditation in Health Care: A Review of the Literature. Canada: Accreditation Canada;* 2009 Jun.
- Loeb J. *Studies that address the impact of accreditation – updated 01/2008.*

Non publié.

12. À savoir, elles permettent de confirmer et/ou de contraster des résultats à partir de différentes approches méthodologiques.

Les études supplémentaires venant de ces revues de littérature ont été incluses sans limite de date lorsqu'elles répondaient aux critères de sélection.

3.2 Résultats de la recherche bibliographique

Les recherches bibliographiques ont permis l'identification, l'analyse et la sélection des références pertinentes pour réaliser la synthèse des données probantes. Un total de 864 références a été identifié et analysé. Parmi celles-ci, 56 références ont été finalement retenues après analyse et sélection.

La stratégie de recherche est présentée plus en détail en annexe 1. Une fois les recherches documentaires réalisées, les références provenant des bases de données ont été saisies dans le logiciel *Microsoft Access*¹³. Après élimination des doublons et sélection (sur résumé, puis sur texte complet), les études retenues ont été saisies dans le logiciel de gestion de références bibliographiques *Reference Manager*.

3.3 Sélection des études

Les critères employés pour sélectionner les études pertinentes pour la revue de littérature étaient les suivants :

1. Est-ce que l'étude porte sur les procédures d'accréditation/certification des établissements et services de santé ?¹⁴
2. Est-ce que l'étude présente des données empiriques sur un programme de certification/d'accréditation déjà mis en place ?
3. Est-ce que l'étude évalue les effets de l'accréditation/certification en termes de résultats tels que : l'impact clinique, le changement organisationnel, le changement des pratiques professionnelles, la satisfaction des patients, etc.
4. Est-ce que l'étude utilise une méthodologie pertinente (par exemple, étude prospective d'évaluation de l'impact, étude rétrospective ou transversale, étude qualitative, etc.)

Parmi les études offrant des données exclusivement *factuelles*, seules celles comportant un élément de comparaison (soit au sein d'un même établissement avant et après la mise en place de l'accréditation/certification, soit entre établissements accrédités/certifiés et non accrédités/non certifiés) ont été retenues.

Ainsi, les études factuelles comparant des établissements ayant des scores différents au regard de l'accréditation/certification ont été exclues de cette revue de littérature. En effet, elles ne portent pas au sens strict sur l'impact mais sur la validité et le caractère *prédictif* des scores de la certification. En revanche, elles ont un intérêt dans le cadre d'une réflexion stratégique sur l'étude de la plus-value des démarches de certification. Par exemple, une récente étude mesure les corrélations entre les scores de l'accréditation/certification et plusieurs mesures indépendantes sur la performance des hôpitaux (performance clinique, performance organisationnelle). Cette étude permet notamment de mesurer la capacité des scores et standards de l'accréditation/certification à prédire et refléter la performance des établissements de santé¹⁵.

L'annexe 1/chapitre 2, offre une présentation détaillée des critères de sélection.

13. Parmi les bases bibliographiques recherchées, BDSP n'offrait pas de fonction de transfert automatique vers notre base de données. Les résultats provenant de cette base ont donc été analysés manuellement. Les références provenant de sites de littérature grise ont également été analysés manuellement.

14. Dans le cadre de cette étude, le concept d'accréditation/certification des établissements de santé inclut toute forme de procédure par laquelle la qualité des services est suivie et/ou évaluée, soit par suivi/évaluation externe, soit par auto-évaluation, en fonction d'un certain nombre de critères explicites. Afin d'être sélectionnée, l'étude a porté sur une procédure d'accréditation/certification qui est garantie par un organisme indépendant (gouvernemental ou non gouvernemental), et non uniquement par le(s) service(s) de santé soumis à la certification.

15. Braithwaite J, Greenfield D, Westbrook J, Pawsey M, Westbrook M, Gibberd R, et al. Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study. *Qual Saf Health Care*. 2010 Feb;19(1):14-21).

3.4 Recueil des données et analyse critique des études

Le recueil des données et l'évaluation de la qualité des études ont été entrepris à l'aide d'une grille de lecture standardisée. Ce référentiel d'analyse comprenait les éléments suivants :

1. **Référence** : la référence au format Vancouver
2. **Auteur(s)** de l'étude
3. **Titre** de l'étude
4. **Date de publication** de l'étude
5. **Perceptions factuelles** : le type de données collectées et analysées par l'étude
6. **Accréditation comme objectif principal** : précise si l'étude porte principalement sur l'accréditation/certification
7. **Langue** : langue dans laquelle l'étude a été écrite
8. **Pays** : pays dans le(s)quel(s) la/les procédure(s) a/ont été mise(s) en place
9. **Design** : quantitatif, qualitatif ou mixte
10. **Type d'établissement** : quel type d'établissement fait l'objet de l'étude ?
11. **Appellation de l'accréditation/certification** : appellation du/des régime(s) d'accréditation/certification et/ou organisme(s) mettant en place la procédure d'accréditation/certification
12. **Résultats** : les résultats de la procédure sont-ils dans l'ensemble positifs, mixtes, neutres, ou négatifs?
13. **Source de l'impact/aspects du dispositif** : l'étude analyse-t-elle les effets d'une ou plusieurs parties spécifiques de l'accréditation/certification (par ex. : auto-évaluation, rapport des experts, etc.) ?
14. **Type(s) d'impact ou d'association** identifié(s) et/ou recherché(s) par l'étude :
 - 14.1. organisationnel
 - 14.2. pratiques
 - 14.3. effets sur les résultats de soins (résultats cliniques et/ou satisfaction des patients/usagers)
15. **Données coût** : précise si l'étude comporte des données quantitatives sur le coût de la procédure d'accréditation/certification
16. **Financement/affiliation** : organisme chargé du financement de l'étude/affiliation des auteurs si connus
17. **Méthode de collecte de données** : la/les méthodes employée(s) pour recueillir les données
18. **Commentaires sur la qualité** : un paragraphe résumant les principaux défauts et qualités méthodologiques de l'étude

L'annexe 2 présente, pour chacune des études retenues, le résultat du recueil des données et de l'évaluation de la qualité des études, sous forme de tableau synthétique.

3.5 Principaux points forts et limites de la revue de littérature

Cette revue de littérature a été effectuée en fonction d'un protocole systématique. Les recherches bibliographiques ont couvert une quantité importante de sources, et la sélection des études, l'extraction des données probantes, l'analyse critique des études et la synthèse des données ont été effectuées à partir de principes rigoureux, appliqués de manière systématique.

Du fait d'un nombre insuffisant d'études permettant la réalisation d'une méta-analyse, seule une synthèse narrative des résultats a été effectuée.

De plus, il est à noter que cette revue de littérature comporte une forte proportion d'études françaises (9/56, 16 %). Cela est dû à notre accès privilégié aux littératures grises françaises pertinentes. Malgré nos efforts visant à couvrir la littérature grise pertinente, il reste possible que cette revue ne couvre pas certaines études difficilement accessibles, comme par exemple celles qui auraient été conduites mais non publiées par des agences et/ou instituts internationaux.

4. Les résultats principaux de la revue de littérature

Ce chapitre présente la synthèse des résultats de la revue de littérature. Elle présente les principales caractéristiques des études retenues et les principaux effets de l'accréditation/certification à l'aide de statistiques descriptives et d'exemples pertinents tirés de la littérature couverte par cette revue de littérature.

4.1 Présentation générale et statistique descriptives des références sélectionnées pour la revue de littérature

La littérature retenue pour cette étude est en général récente. La majorité des études datent d'après 2000 (seules 5 études ont été publiées avant 2000). Dix études sur 56 portent sur l'accréditation/certification en France, et 9 d'entre elles sont publiées en français. Une autre étude publiée en français porte sur un pays étranger (Arabie saoudite). Les études restantes ont toutes été publiées en anglais, et portent sur un total de 19 pays (voir tableau ci-dessous pour distribution par pays). Une étude transnationale a été identifiée (Suñol et al. 2009) : celle-ci porte sur huit pays de l'Union européenne (Irlande, Belgique, France, Espagne, Pologne, République tchèque, Hollande, Royaume-Uni).

Tableau 1. Distribution des études par pays

Pays étudié	Nombre d'études	Pays étudié (2)	Nombre d'études (2)
États-Unis	24	Canada	1
France	10	Danemark	1
Australie	4	Egypte	1
Pologne	4	Espagne	1
Royaume-Uni	4	Hollande	1
Belgique	2	Japon	1
Irlande	2	Liban	1
Zambie	2	République tchèque	1
Afrique du Sud	1	Singapour	1
Arabie saoudite	1		

Les études incluses portent sur une grande diversité de types d'établissements de santé. Trente et une études portent sur les hôpitaux généraux, et 3 plus spécifiquement sur les hôpitaux et cliniques en zone rurale. Sept études concernent les établissements de santé pris au sens large, c'est-à-dire sans distinction spécifique entre les différents types de services et institutions couverts. Plusieurs études se concentrent sur des services hospitaliers spécifiques, ainsi que des centres et hôpitaux spécialisés, tels que : les centres de traitement pour les toxicomanes (3), laboratoires (3), centres spécialisés pour lésions cérébrales (2), résidences pour personnes âgées/long séjour (2), centres de chirurgie (1), hôpitaux psychiatriques (1), *chest pain centers* (1) services de soins spécialisés en néphrologie (1).

Tableau 2. Distribution des études par type d'établissements de santé

Types d'établissements (terrain de l'enquête)	Nombre d'études
Hôpitaux généraux	31
Établissements de santé (non spécifiés)	7
Hôpitaux et cliniques (zones rurales)	3
Laboratoires	3
Centres de traitement de la toxicomanie	3
Centres spécialisés dans le traitement des lésions cérébrales	2
Résidences pour personnes âgées (soins de longue durée)	2
Autres (centre de chirurgie, hôpitaux psychiatriques, centres spécialisés -néphrologie, cardiologie)	4

Plus de 25 régimes d'accréditation/certification ont été identifiés. Cela est notamment dû à la grande diversité de pays et établissements de santé ainsi que la période que cette revue de littérature a couverte. Le régime dont l'impact était le plus fréquemment évalué était le *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) (21 études).

Tableau 3. Noms des régimes d'accréditation/certification identifiés par pays

Pays	Régimes d'accréditation/certification étudiés
Afrique du Sud	<i>Council for Health Services Accreditation of Southern Africa (COHSASA) Accreditation</i>
Angleterre/Royaume-Uni	<i>Clinical Pathology Accreditation, Hospital Accreditation Programme (HAP), King's Fund Organisational Audit, Commission for Health Improvement</i>
Arabie saoudite	<i>Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA)</i>
Australie	<i>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) Accreditation</i>
Belgique	Accreditation EN 45001
Canada	Agrément Canada
Danemark	<i>JCI Accreditation</i>
Egypte	Health Sector Reform Project
France	Certification/accréditation HAS/Anaes (9)
Irlande	<i>Acute Care Accreditation Scheme (ACAS)</i>
Japon	<i>Japan Council for Quality Health Care (JCQHC) Accreditation</i>
Liban	<i>Ministry of Public Health National Survey</i>
Pologne	<i>Centre for Quality Care Monitoring accreditation (3)</i>
Singapour	<i>College of American Pathologists (CAP) Laboratory Accreditation Program</i>
UE (Irlande, Belgique, France, Espagne, Pologne, République Tchèque, Hollande, Royaume-Uni)	Divers (<i>International Standards Organisations (ISO) accreditation</i> , régimes nationaux et volontaires non précisés)
USA	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) Accreditation (20), Society of Chest Pain Centers (SCPC) Accreditation (2), Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) Accreditation, National Committee on Quality Assurance (NCQA) Accreditation</i>
Zambie	<i>Zambia Accreditation Program (2)</i>

4.2 Typologie de l'impact

Ce chapitre précise les éléments principaux du cadre de l'analyse typologique des études retenues concernant l'impact et ses modalités de mesure. Elle est illustrée par les résultats de l'analyse critique issue de la revue systématique de littérature.

L'impact est un effet, mesurable ou non, positif ou négatif qu'un processus a, ou pourrait avoir, sur son environnement. Pour qualifier un impact, il convient de définir les paramètres qui le caractérisent. Pour ce faire, plusieurs descripteurs seront utilisés dans le document : le type d'impact, la source de l'impact et les résultats de la procédure.

► Le type d'impact

Le(s) type(s) d'impact ou d'association identifié(s) et/ou recherché(s) par chaque étude a (ont) été identifiés. L'approche a intégré les effets de l'accréditation/certification au sens large, c'est-à-dire non seulement son impact sur les résultats de soins, mais aussi son impact sur des résultats intermédiaires (par ex. sur les processus de management). Quatre types d'études ont été identifiés :

- les études montrant ou cherchant à montrer des changements managériaux et organisationnels et culturels (par ex. impact sur les dynamiques professionnelles, les conditions de travail, la formation du personnel, la planification d'urgence, l'impact financier et l'efficacité médico-économique) ;

- les études montrant ou cherchant à montrer des changements de pratiques professionnelles¹⁶ (par ex. la conformité des prescriptions, la maîtrise du risque infectieux et l'accueil des patients) ;
- les études montrant ou cherchant à montrer des effets sur les résultats de soins-résultats cliniques (par ex. réhospitalisation après chirurgie, les résultats chirurgicaux, le taux de mortalité) ;
- les études montrant ou cherchant à montrer les effets sur la satisfaction des patients et des usagers vis-à-vis des soins¹⁷.

Un grand nombre d'études (30) évaluent au moins deux types d'impact. La majorité des études retenues mesurent l'impact de l'accréditation/certification en termes d'amélioration des pratiques professionnelles (46/56). Trente-six études mesurent l'impact en termes de changement organisationnel. Sept études prennent en compte des mesures de résultats cliniques associés à l'accréditation/certification. Par ailleurs, 4 études mesurent la satisfaction des patients vis-à-vis d'hôpitaux accrédités vs. non accrédités.

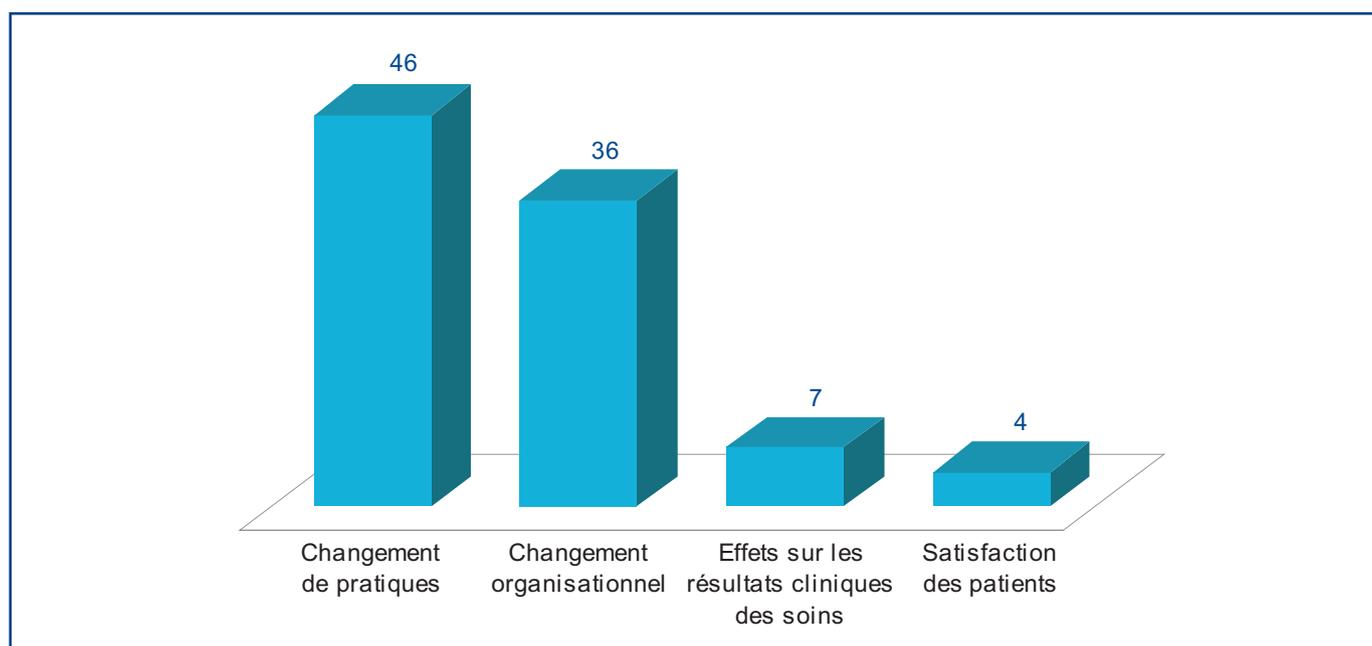


Figure 3. **Distribution des études par type d'impact**

Les sections suivantes présentent les résultats principaux de la revue de littérature sur l'impact de l'accréditation/certification, en termes de changement organisationnel, de changement de pratiques professionnelles, et en termes d'effets sur les résultats de soins (résultats cliniques et satisfaction des patients).

Impact sur le changement organisationnel

Dans l'ensemble, les résultats des études montrant ou cherchant à montrer des changements managériaux et organisationnels et culturels issus de l'accréditation/certification sont positifs.

Notamment, une majorité d'études suggèrent que l'accréditation/certification a un impact positif sur les dynamiques professionnelles. **L'étude de cas de Pomey et al. (2004)** est particulièrement instructive à cet égard. Celle-ci porte sur les changements ayant eu lieu dans un hôpital universitaire suite à la préparation

16. Par exemple, l'étude de Sekimoto et al. (2008) compare le degré de conformité aux bonnes pratiques liées au contrôle des infections entre hôpitaux accrédités et non accrédités. L'étude de Bertheliet (2002) porte quant à elle sur l'effet de l'accréditation sur la qualité de l'accueil des patients en service de néphrologie.

17. Bien que les résultats cliniques et la satisfaction des patients vis-à-vis des soins reçus entrent tous les deux dans la catégorie des résultats des soins, nous les traitons généralement de manière séparée, ces données étant de natures différentes, et étant le plus souvent traitées séparément dans les études retenues.

de la procédure d'accréditation. L'étude présente les points de vue de divers professionnels de santé (principalement des professionnels des services cliniques et du personnel biomédical) et les résultats d'analyse de documents pertinents (notamment les documents employés lors de l'auto-évaluation). L'étude conclut que la préparation à l'accréditation a notamment offert aux professionnels l'opportunité de repenser les modes de traitement et les modes opérationnels de manière collégiale plutôt que hiérarchique. Elle suggère également que l'auto-évaluation a permis de porter davantage d'attention sur le recueil de la satisfaction des patients, ainsi qu'un meilleur suivi de l'information écrite concernant les patients. La préparation à l'accréditation semble également avoir permis aux professionnels de santé de se familiariser avec la notion d'auto-évaluation (plutôt que la supervision), et d'introduire un programme d'amélioration continue de la qualité.

Cependant, certaines études font état d'un impact négatif sur les conditions de travail. Notamment, **l'étude qualitative de Douquet et Muñoz (2005)** sur l'impact de l'accréditation et des mesures d'amélioration de la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants suggère que parmi les 24 aides-soignants et infirmiers interrogés, beaucoup ont une image négative de l'accréditation. Certains jugent l'impact de l'accréditation minime ou nul, tandis que d'autres y voient une source de surcharge de travail et de dégradation de la coopération au sein de leurs équipes.

Deux études américaines suggèrent également que l'accréditation des établissements de santé a un impact positif sur la gestion des situations d'urgence. **Les 2 études de Niska et Burt (2006, 2007)** suggèrent notamment que les hôpitaux accrédités sont en général mieux préparés à l'éventualité d'événements tels que des catastrophes naturelles et attaques terroristes par rapport à des hôpitaux non accrédités.

Par ailleurs, une étude montre que la certification est perçue par les professionnels de santé français comme un facteur positif pour le développement de la gestion des risques au sein des hôpitaux. **Le rapport de Dédale (2009)** sur la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé en France montre notamment que les professionnels de santé et les tutelles régionales placent les procédures d'accréditation et de certification des établissements de santé en tête de liste des éléments ayant eu le plus d'impact sur la mise en place d'une démarche de gestion des risques.

Aucune étude ne porte sur l'impact financier et l'efficacité médico-économique. Seule une étude (Doyle et Grampp, 2008) tente d'estimer les coûts de la mise en place de l'accréditation en termes de ressources financières, humaines et physiques (c.-à-d. infrastructure et équipement) dans trois hôpitaux irlandais. Malgré un manque partiel de données, l'étude estime que les coûts (y compris les coûts non documentés et non mesurés) de la mise en place de la procédure dans un hôpital universitaire de grande taille représentent environ 0,29 % du budget total de l'hôpital.

L'étude de cas de Pomey et al. (2010) examine les caractéristiques et changements organisationnels liés à l'accréditation canadienne dans 5 établissements aux caractéristiques diverses. Les données pertinentes ont été collectées à partir de 25 entretiens semi-directifs avec des managers, 10 « *focus groups* » avec les professionnels directement impliqués dans la mise en place de l'accréditation, de rapports associés à la procédure (auto-évaluation, rapport des experts-visiteurs) et autres documents pertinents, et ont été analysées en fonction d'un cadre d'analyse prédéterminé¹⁸.

18. Un cadre d'analyse théorique, précédemment employé pour analyser les changements organisationnels dans des hôpitaux français, dans : Pomey MP, Contandriopoulos AP, François P, Bertrand D. Accreditation as a tool for organizational change. Int J Health Care Qual Assur. 2004, 17(3):113-124.

L'étude de cas de Pomey et al. (2010) (suite et fin)

L'étude montre que le contexte dans lequel l'accréditation prend place a un effet important sur les dynamiques du changement organisationnel au sein des établissements de santé. Sans être nécessairement la cause directe du changement, l'accréditation a cependant permis aux établissements de santé : 1) de promouvoir un esprit de coopération et d'accélérer l'intégration des professionnels au sein des équipes nouvellement formées ; 2) d'aider à introduire un programme continu d'amélioration de la qualité pour les établissements nouvellement accrédités et non encore accrédités ; 3) de créer une nouvelle forme de leadership pour les initiatives visant à améliorer la qualité des soins ; 4) de permettre aux professionnels de santé de développer des relations de travail, et ainsi d'accroître le capital social au sein des équipes ; 5) de promouvoir de nouveaux liens entre les établissements de santé ainsi qu'avec des parties prenantes externes, notamment les patients. L'étude a également identifié une baisse progressive de motivation des professionnels de santé quant à la mise en place de changements liés à l'accréditation.

L'étude conclut que l'accréditation peut être un outil efficace du changement organisationnel. Son efficacité varie cependant au cours du temps. Les établissements de santé semblent tirer le plus de bénéfices de l'accréditation entre 3 et 10 ans après sa mise en place. Après 10 ans, les établissements de santé peuvent avoir tendance à trouver l'accréditation moins stimulante.

Impact sur le changement de pratiques professionnelles

Une majorité d'études indiquent que l'accréditation/certification a un effet positif sur l'amélioration des pratiques professionnelles (27/46). Plusieurs études ont tenté d'évaluer l'effet de l'accréditation/certification sur les pratiques professionnelles en comparant le niveau de conformité aux standards d'accréditation/certification entre établissements accrédités/certifiés et non accrédités/certifiés, ou à deux moments distincts dans le temps.

Par exemple, **l'étude française d'Abdelmoumène et Burnel (2006)** porte sur l'impact des recommandations de la première procédure de certification (V1) (accréditation) pour les 100 premiers établissements ayant achevé la deuxième procédure (V2)¹⁹. Les résultats de l'étude, qui sont basés sur les rapports de certification de ces établissements, suggèrent une nette amélioration du suivi de plusieurs recommandations par rapport à la première certification. Notamment, l'étude observe une nette amélioration des pratiques dans les domaines de la prévention du risque sanitaire (surveillance du risque infectieux, gestion des dispositifs médicaux et organisation de la veille sanitaire). L'étude a conclu que les recommandations issues de la certification précédente avaient été utilisées comme un outil d'amélioration de la qualité des soins dans les premiers établissements ayant achevé la V2. Cette étude comporte toutefois certaines limites méthodologiques soulignées par les auteurs eux-mêmes (voir annexe 2).

19. La V1 se réfère à la première procédure d'accréditation en France courant sur la période 2000-2006. La V2 se réfère à la deuxième procédure de certification en France courant sur la période 2005-2007.

L'étude de Sekimoto et al. (2008) vise à établir si l'accréditation permet d'améliorer la maîtrise du risque infectieux dans les hôpitaux japonais. Cette étude quantitative présente une analyse statistique de données sur les pratiques liées à la maîtrise du risque infectieux, collectées à partir de questionnaires à choix multiples remplis en 2004 et 2005 par 335 professionnels de santé.

Cette étude tend à montrer que l'accréditation a un impact positif sur l'infrastructure et la performance des hôpitaux universitaires dans le domaine de la maîtrise du risque infectieux. L'amélioration de l'infrastructure et de la performance entre 2004 et 2005 était la plus importante pour les hôpitaux nouvellement accrédités en 2005. De plus, les hôpitaux nouvellement accrédités ont obtenu des scores de performance comparables aux hôpitaux accrédités en 2004. Cela suggère que l'impact de l'accréditation est particulièrement ressenti durant la première année suivant l'accréditation.

Impact sur les résultats cliniques

Sept études mesurent l'effet de l'accréditation/certification sur les résultats cliniques des soins. Parmi celles-ci, 2 études de faible qualité méthodologique (Grachek 2002, *Quality Assurance Project 2005*) présentent des résultats cliniques positifs pour les patients. Les 5 autres études ont conclu que l'impact de l'accréditation/certification sur les résultats cliniques était mixte (4) ou neutre (c'est-à-dire non démontré) (1).

Par exemple, l'étude de Chandra et al. (2009) compare les pratiques professionnelles durant les premières 24 heures suivant l'admission de patients en service cardiologique dans 21 hôpitaux ayant reçu l'accréditation de la *Society of Chest Pain Centers* (SCPC) et dans 323 hôpitaux non accrédités par la SCPC. L'étude démontre que le traitement des patients pris en charge dans des services accrédités était davantage conforme aux bonnes pratiques établies par l'*American College of Cardiology/American Heart Association* (ACC/AHA)²⁰ (par exemple, administration d'aspirine et de -bloquant dans les 24 heures suivant l'admission en service cardiologique). Cependant, aucune différence en termes de mortalité ajustée sur la sévérité et la complexité des cas n'a été observée pour les patients traités dans des hôpitaux accrédités par la SCPC par rapport aux hôpitaux sans accréditation SCPC²¹.

Le faible nombre d'études identifiées qui examinent l'effet de l'accréditation/certification sur les résultats de soins et la faible qualité méthodologique de plusieurs de ces études suggèrent que davantage de recherche est requise afin d'évaluer l'impact de l'accréditation/certification sur les résultats cliniques.

L'étude de Salmon et al. (2003) évalue l'impact d'un programme d'accréditation²² sur la qualité des soins offerts dans des hôpitaux sud-africains à l'aide d'un essai contrôlé randomisé.

Un échantillon randomisé de 20 hôpitaux publics sud-africains, stratifié par taille, a participé à cette étude. Dix de ces hôpitaux ont entamé un programme d'accréditation/certification en 1998. Les 10 autres hôpitaux, qui ont servi de groupe contrôle, ont attendu 2 ans supplémentaires avant de participer au même programme d'accréditation/certification (groupe contrôle de type « liste d'attente »).

20. Les critères d'accréditation semblent eux-mêmes largement inspirés de ces recommandations.

21. Cela renvoie aux problèmes plus globaux du lien entre le respect des recommandations de pratique et la mesure de l'amélioration des résultats de soins ainsi qu'à la pertinence/fiabilité des mesures de résultats de soins.

22. *Council for Health Services Accreditation of Southern Africa* (COHSASA).

L'étude de Salmon et al. (2003) (suite et fin)

L'étude a mesuré de manière prospective les effets du programme d'accréditation des hôpitaux en fonction d'indicateurs définis par un groupe d'experts indépendants : perception des infirmières sur la qualité, satisfaction des patients et usagers, qualité du dossier médical, étiquetage des médicaments, mortalité et morbidité. Par ailleurs, les auteurs ont mesuré le degré d'adhésion des professionnels aux standards d'accréditation pour les deux groupes d'hôpitaux.

Afin d'évaluer l'impact de l'accréditation sur la qualité des soins, les auteurs ont ensuite comparé ces mesures pour les 10 hôpitaux participant au programme d'accréditation par rapport au groupe de contrôle en attente.

L'étude suggère que l'accréditation a encouragé les hôpitaux à mettre en œuvre les bonnes pratiques et les standards promus par l'organisme responsable de la procédure sans qu'un lien soit établi avec l'amélioration des résultats de soins.

Les auteurs suggèrent que l'absence de résultats observables sur la qualité des soins est peut-être en partie due au timing de l'évaluation : au moment de l'évaluation des résultats 2 ans après la mise en place de l'accréditation, plusieurs établissements dans le groupe d'intervention n'avaient pas encore achevé la procédure. Par ailleurs, il est possible que les effets tangibles de l'accréditation sur la qualité des soins mettent plus de 2 ans avant d'apparaître.

Impact sur la satisfaction des patients et usagers

Les données sur la satisfaction des patients et usagers vis-à-vis des services délivrés par des établissements accrédités/certifiés sont peu nombreuses. Aucune étude qualitative sur la satisfaction des patients n'a été identifiée. Cependant, 4 études quantitatives (3 études africaines, 1 étude américaine) comparent les opinions des patients et usagers sur la qualité et/ou la satisfaction vis-à-vis des soins reçus dans des établissements accrédités par rapport à des établissements non accrédités.

Deux de ces études (**Al Tehewy et al. 2009** ; **Quality Assurance Project 2005**) montrent un niveau de satisfaction des patients supérieur dans les établissements engagés dans l'accréditation. Par exemple, **l'étude d'Al Tehewy et al. (2009)** compare 30 établissements de santé égyptiens récemment engagés dans un cycle d'accréditation avec un groupe de 30 établissements aux caractéristiques similaires mais non candidats. Une enquête auprès des usagers montre que le niveau général de satisfaction des patients vis-à-vis des services reçus est bien supérieur pour les patients ayant été traités dans des établissements ayant postulé par rapport au groupe d'établissements non candidats à l'accréditation/certification.

Deux études (**Dean Beaulieu et Epstein 2002**, **Salmon et al. 2003**) offrent des points de vue plus mitigés. Par exemple, **l'étude de Dean Beaulieu et Epstein (2002)** compare le niveau général de satisfaction de 328 patients vis-à-vis de leurs soins dans divers établissements de santé américains. Aucune différence significative n'a été démontrée entre le niveau général de satisfaction des patients ayant été traités dans des établissements accrédités par rapport aux usagers d'établissements non accrédités.

Au vu du faible nombre d'études identifiées qui portent sur la satisfaction des patients, cette revue de littérature suggère que davantage de recherche est requise dans ce domaine.

► La source de l'impact

La source de l'impact correspond au mécanisme à l'origine du changement. Lorsque cela a été possible, nous avons identifié quels aspects du dispositif (l'auto-évaluation, la visite, les décisions...) étaient spécifiquement concernés dans le processus de changement occasionné par l'accréditation/certification. Il est à noter que de nombreuses études approchaient l'accréditation/certification dans son ensemble, sans préciser quelle(s) partie(s) du processus étaient potentiellement concernée(s) ou isolée(s). La mention « non applicable » a été attribuée aux études quantitatives utilisant l'accréditation/certification dans son ensemble et comme variable indépendante, sans préciser ou isoler d'étapes spécifiques du processus.

La grande majorité des études sélectionnées traitent de l'impact de la démarche d'accréditation/certification dans son ensemble. Sur 56 études seules 3 études étudient l'effet d'une étape spécifique du processus d'accréditation/certification comme l'effet de la préparation à l'accréditation/certification et/ou de l'auto-évaluation en particulier (1 étude) et l'effet du rapport et/ou des recommandations des experts faisant suite aux visites (2 études). Une autre étude isole l'impact de deux étapes (visites des experts et rapport). Cinq études traitent à la fois de l'effet de l'accréditation/certification dans son ensemble mais également de l'impact d'un ou plusieurs aspects de la procédure²³.

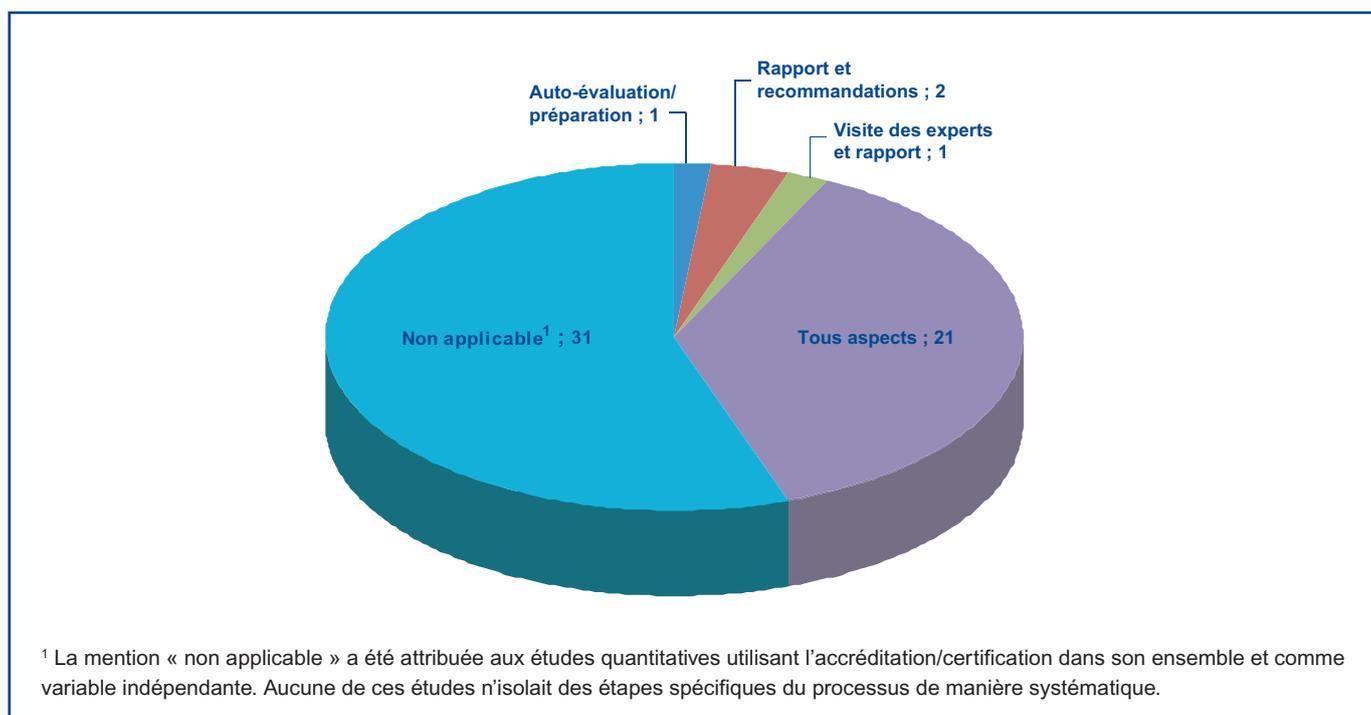


Figure 4. Distribution des études isolant l'effet d'une étape spécifique de l'accréditation/certification

23. Sans pour autant l'isoler de manière systématique.

L'étude anglaise de Benson et al. (2005) explore et évalue l'impact des recommandations suivant la visite d'experts de la *Commission for Health Improvement (CHI)* sur 30 établissements de santé à l'aide de méthodes mixtes (analyse détaillée de documents pertinents, entretiens et enquêtes auprès de professionnels de santé).

L'étude montre que la majorité des recommandations ont été suivies et il semble que la plupart des changements organisationnels qui ont suivi la revue de la CHI sont directement attribuables à la revue de gouvernance, aux recommandations et aux visites des experts. Les professionnels de santé interrogés considèrent que la procédure a notamment permis : 1) un changement et une amélioration de certaines pratiques des soins (ex. prévention des risques d'escarre, gestion des situations de violence...) ; 2) l'opportunité de prendre du recul sur les processus organisationnels et d'évaluer la performance par rapport à des standards externes et par rapport à d'autres établissements de santé ; 3) une attention accrue sur certains problèmes organisationnels importants : par exemple, délais de transmission des résultats, coordination de la prise en charge (communication interservices lors d'un transfert mais plus largement organisation des parcours de soins, programmation au bloc opératoire ; 4) d'introduire un nouveau levier de changement de l'organisation et des pratiques professionnelles : par exemple, implication des usagers dans la gouvernance, refonte des systèmes d'information... ; 5) de mettre en place un système de suivi et d'amélioration continue, basé sur des standards régulièrement mis à jour (ex. : mise en place d'une stratégie institutionnelle d'évaluation des pratiques professionnelles).

Cependant, certains professionnels considèrent que les revues de la CHI : 1) ont un effet seulement à court terme ; 2) portent sur des questions de conformité aux normes sans pertinence véritable pour les patients ou l'organisation ; 3) comportent des standards qui agissent davantage comme limites plutôt que comme facteurs stimulant l'amélioration des pratiques et organisations ; 4) ne poussent les professionnels qu'à effectuer des changements superficiels afin de se rendre conformes aux standards promus par les organisations régulatrices ; 5) agissent comme un frein à la motivation des professionnels ainsi qu'à l'innovation et à l'amélioration des organisations ; 6) amènent à porter l'attention sur des priorités telles qu'elles sont édictées par les organisations régulatrices, plutôt qu'à se concentrer sur les problèmes de l'organisation identifiés en interne ; 7) ont un coût d'opportunité élevé, du fait que les organisations investissent une quantité considérable de ressources.

► Les résultats de l'accréditation/certification

Pour chaque étude, les effets réels et/ou perçus de l'accréditation/certification ont été classés comme :

- **positifs** : si l'intégralité ou la majeure partie des résultats étaient considérés comme étant bénéfiques ;
- **mixtes** : si les résultats identifiés étaient à la fois positifs et négatifs en fonction du type d'impact, source d'impact et/ou personnes interrogées ;
- **neutres** : si aucun réel changement découlant de l'accréditation/certification n'a été identifié ;
- **négatifs** : si l'intégralité ou la majeure partie des changements étaient considérés comme néfastes.

Une majorité d'études indiquent que l'accréditation/certification a un effet positif sur les établissements de santé (c.à.d. effet positif sur l'organisation/management, sur les pratiques et/ou sur les résultats de soins) (34/56), et aucune étude incluse n'a conclu que l'accréditation/ certification avait un effet exclusivement négatif sur les établissements de santé. Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, du fait d'un nombre non négligeable d'études suggérant que l'impact de l'accréditation/certification est mixte (17/56) ou neutre (5/56), et du fait des limites méthodologiques des études retenues (voir chapitre « Limites méthodologiques des études retenues » et annexe 2).

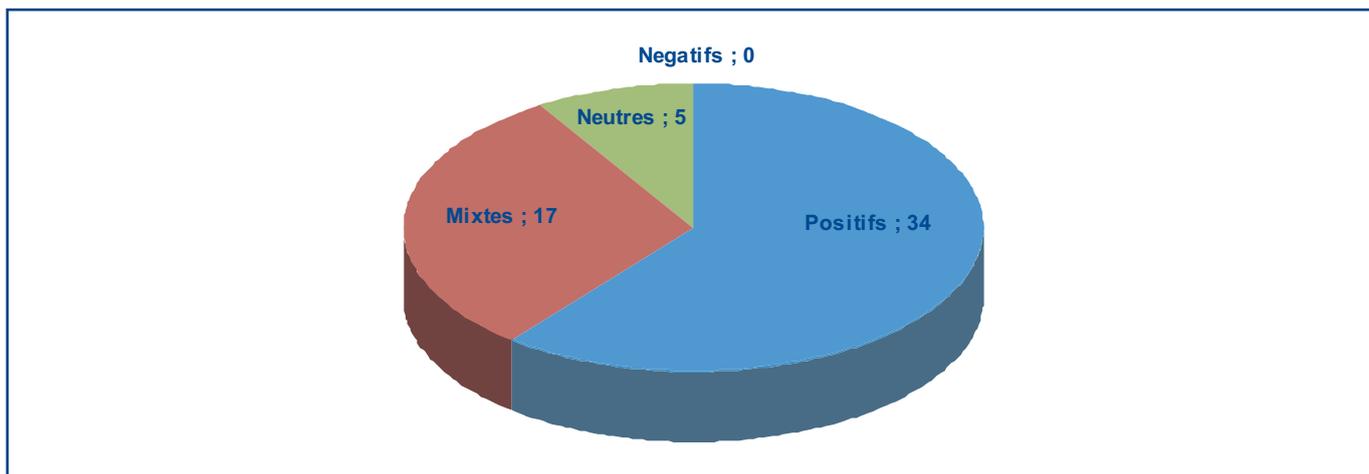


Figure 5. Distribution générale des études en fonction des résultats de l'accréditation/certification

4.3 Panorama des méthodologies des études

Ce chapitre précise les éléments principaux des méthodologies rencontrées. Elle est illustrée par les résultats de l'analyse critique issue de la revue systématique de littérature. Elle a servi de base à l'établissement des typologies présentées dans les sections suivantes.

► Design méthodologique

Les études incluses dans la revue de littérature emploient en majorité des méthodologies de type quantitatif (40/56). Neuf études sont des études qualitatives, et 7 études emploient des méthodes mixtes (quantitatives et qualitatives).

La majorité des études (42/56) ont pour objectif principal d'évaluer l'impact de l'accréditation/certification. Les 14 études restantes ne portent pas directement sur ce thème, mais présentent des données pertinentes sur l'impact de l'accréditation/certification. Ces études, principalement quantitatives, emploient en général des modèles incluant l'accréditation/certification parmi d'autres variables, et portent sur une question plus large ou indirectement liée aux effets de l'accréditation/certification.

► Types de données utilisées

La majorité des études s'appuient sur des données de type factuel (30/56). Dix-sept études fondent leurs résultats sur des données de perceptions/opinions, et 9 études combinent des données factuelles et de perceptions sur l'impact de l'accréditation/certification.

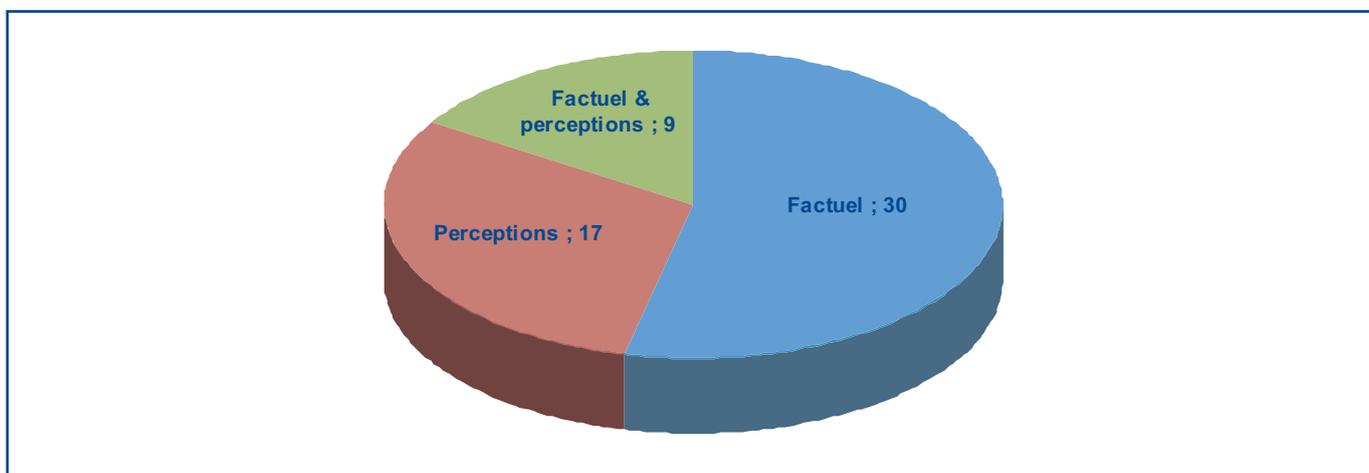


Figure 6. Distribution générale des études par type de données

► Méthodes de recueil de données

De nombreuses méthodes de collecte de données ont été identifiées. L'emploi de questionnaires standardisés (28 études) et l'utilisation de bases de données préexistantes²⁴ (16 études) sont les plus fréquents. Ces types de méthodes sont généralement utilisés dans des études quantitatives (voir le tableau ci-après).

L'étude de Bruneau et al. (2005) présente les points de vue de 1 409 professionnels de santé sur l'impact de l'accréditation sur l'organisation et les pratiques professionnelles au sein des établissements de santé. Les professionnels de santé interrogés (jusqu'à 10 par hôpital sélectionné afin d'obtenir un échantillon reflétant la diversité des fonctions à l'hôpital) par un institut de sondage indépendant ont été sélectionnés à partir d'un échantillon de 176 établissements accrédités.

L'étude montre une évolution positive entre 2001 et 2004 en ce qui concerne le développement de modalités de travail pluriprofessionnel, l'information du patient, l'organisation de la prise en charge, la mise en place de protocoles et au-delà la structuration de la démarche qualité. Cela suggère un lien positif entre l'accréditation et ce type d'évolution structurelle. L'impact perçu sur les pratiques médicales était en revanche faible. L'effet levier des recommandations formulées à l'issue de la procédure a été confirmé par les professionnels interrogés.

Les études qualitatives emploient davantage d'entretiens semi-directifs²⁵ avec des professionnels de santé que les autres types d'études quantitatives ou mixtes. Contrairement aux études quantitatives identifiées, ces études permettent d'analyser plus en profondeur certaines dimensions de l'impact de l'accréditation/certification²⁶ avec des échantillons plus restreints et non nécessairement représentatifs. Aucune étude qualitative portant sur les points de vue des patients et des usagers n'a été identifiée.

Tableau 4. Distribution des études par type de méthode de collecte des données

Type de méthode	Questionnaire standardisé	Base de données (analyse secondaire)	Entretiens semi-directifs	Analyse de documents	Observation systématique	Observation non systématique
Méthode qualitative	1	1	7	1	1	1
Méthode quantitative	21	15	1	2	3	0
Méthode mixte	6	0	5	5	0	0
Total	28	16	13	8	4	1

Huit études ont présenté les résultats de l'analyse de documents directement liés à l'accréditation/certification comme des rapports de certification ou les recommandations de l'organisme responsable. La majorité de ces études emploient ces documents en complément d'autres méthodes. Par exemple, l'étude de cas de Pomey et al. (2010) emploie plusieurs méthodes afin d'évaluer la manière dont l'accréditation a permis d'introduire des changements organisationnels visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins

24. Celles-ci sont généralement issues de questionnaires standardisés.

25. C'est-à-dire d'entretiens individuels et/ou focus groups.

26. Par exemple le ressenti des personnels soignants vis-à-vis du changement organisationnel issu de l'accréditation/certification (Douquet et Muñoz 2005).

dans 5 établissements de santé canadiens. Notamment, les auteurs ont conduit 25 entretiens approfondis avec des managers, 10 groupes de discussions dirigés avec les principaux professionnels de santé impliqués dans la mise en place de l'accréditation, et ont analysé plusieurs rapports d'auto-évaluation et d'accréditation. L'emploi de méthodes multiples a notamment permis d'offrir une description nuancée et approfondie du lien entre les changements organisationnels et la qualité des soins suite à la mise en place de l'accréditation dans des contextes professionnels variés et spécifiques.

Cependant, parmi ces 7 références, 2 études françaises (Abdelmoumène et Burnel 2006 ; Anaes, 2003) ont analysé les rapports d'accréditation/certification comme type de données exclusif pour évaluer les effets de l'accréditation/certification. Cette approche comporte des avantages pratiques (ces données pré collectées faisant « double emploi ») mais également des limites (par exemple, les données utilisées diffèrent de celles qui seraient collectées lors d'un audit ou lors d'une étude d'évaluation de l'impact au sens strict).

Six études ont employé des méthodes d'observation (4 d'entre elles utilisaient des méthodes d'observation systématique). Seule une étude de type expérimental (essai randomisé avec groupe de contrôle) a été identifiée (Salmon et al. 2003).

► **Limites méthodologiques des études retenues**

Ce chapitre résume brièvement quelques-unes des limites méthodologiques principales des références examinées. Ces limites ont été identifiées à partir d'une analyse critique des études retenues²⁷.

Parmi les limites principales de la littérature couverte par cette revue, il a été noté que plusieurs études ne traitent pas ou peu de l'existence d'autres phénomènes ayant pu influencer sur les résultats mesurés (par exemple, d'autres programmes de suivi et d'amélioration des soins). Le risque est notamment que ces études isolent mal l'effet propre de l'accréditation/certification d'autres facteurs potentiels de l'impact.

Par ailleurs, peu d'études prospectives comparant des mesures d'impact avant et après la mise en place de l'accréditation/certification ont été identifiées. Le problème du manque d'études prospectives de type avant/après tient notamment à la difficulté d'identifier l'effet de l'accréditation/certification durant une période spécifique et pertinente (par exemple, un cycle complet de l'accréditation/certification) tout en offrant la possibilité de prendre en compte d'autres facteurs potentiels du changement en temps réel. Néanmoins, le risque de collecter des données incomplètes et/ou inexactes est plus grand lors d'études rétrospectives par rapport à des études prospectives.

De plus, plusieurs études (par exemple, Duckett 1983 ; Beaumont 2008) n'effectuent pas toujours de distinction claire entre données de perceptions (par ex. effets perçus) par les participants et données factuelles (par ex. effets observés), ce qui peut introduire un biais dans l'interprétation des résultats.

Enfin, plusieurs études n'effectuent pas de distinction suffisamment claire entre, d'une part, les changements de pratiques de type « conformité aux standards d'accréditation/certification » et, d'autre part, l'amélioration mesurée des résultats de soins (par exemple, Chandra et al. 2009; Stradling et al. 2009). Cela a pu introduire un biais dans l'analyse des résultats effectuée par les auteurs de ces études et a parfois rendu difficile l'interprétation de ces résultats dans le cadre de cette revue de littérature.

27. Il est à noter que cette liste n'est bien sûr pas exhaustive. Cf. annexe 2 pour l'analyse critique de chaque étude retenue.

5. Typologies des méthodologies des études issues de l'analyse de la littérature

Notre analyse a fait une distinction entre les méthodologies :

- **qualitatives** : elles sont fondées sur des données provenant des perceptions des parties prenantes et de données factuelles qualitatives ;
- **quantitatives** : elles sont fondées sur des données provenant des perceptions des parties prenantes et de données factuelles quantitatives ;
- **qualitatives et quantitatives (ou dites « mixtes »)** : elles sont fondées sur des modèles méthodologiques conciliant des données à la fois quantitatives et qualitatives.

5.1 Études qualitatives

Neuf études employant des méthodologies qualitatives ont été identifiées. Toutes portent sur la mesure et/ou l'évaluation d'une forme d'impact intermédiaire et aucune étude n'évalue l'impact de l'accréditation/certification sur les résultats de soins. En termes de méthodologie, les études ont pour la plupart utilisé une méthode unique (le plus souvent des entretiens semi-directifs). Cinq études concluent que l'impact de l'accréditation/certification est mitigé, 4 suggèrent que son impact est positif et 1 étude conclut que son impact est majoritairement neutre²⁸.

Tableau 5. Caractéristiques des études qualitatives

Caractéristiques	Nombres d'études
Design qualitatif	9
Méthodes	Entretiens semi-directifs (7), analyse de rapports d'activité (1), questionnaire standardisé (questions ouvertes) (1), observation systématique (1)
Type de données	Perceptions (7), factuelle (1), perceptions et factuelles (1)
Emploi de méthodes multiples	1
Type d'impact/association	Organisations (9), pratiques (8), résultats de soins (0)
Résultats	Positifs (4), mitigés (4), neutres (1), Nuisibles (0)
Aspect du dispositif isolé	Auto-évaluation (3), experts-visiteurs (1), réserves et recommandations (3)

Nous avons identifié trois sous-types d'études qualitatives en fonction du type de méthode de collecte de données employée :

► Études avec entretiens semi-directifs

Sept des 9 études qualitatives emploient des entretiens semi-directifs visant à collecter des données sur les perceptions des professionnels vis-à-vis de l'impact de l'accréditation/certification sur l'organisation et les pratiques professionnelles.

L'intérêt de telles études est d'explorer le ressenti des professionnels de manière détaillée, approfondie et en contexte. En utilisant des données de perception, elles permettent d'explicitier l'effet de certains aspects du dispositif. Par exemple Lancaster et al. (2010) étudient sur la base d'entretiens qualitatifs dans les réseaux

28. Les résultats corroborés par de telles études sont plus souvent mixtes que positifs ou neutres, contrairement aux études quantitatives notamment, qui sont majoritairement positives. Cela est peut-être dû au fait que les méthodes qualitatives ont permis d'offrir des résultats plus nuancés que les études quantitatives sur l'impact de l'accréditation/certification.

professionnels d'experts-visiteurs les effets d'apprentissage liés à la fonction informelle de « porte-parole » de la qualité occupée par les experts-visiteurs au sein de ces réseaux.

Les limites de telles études sont leur faible représentativité ainsi que la difficulté de les répliquer. Par ailleurs, l'impossibilité de démontrer un lien statistique entre l'accréditation/certification et le changement fait que le niveau de preuve de ces études reste relativement faible. Par ailleurs, le caractère purement qualitatif des données et de l'analyse peut limiter sa légitimité.

► **Études avec questionnaire standardisé à questions ouvertes et fermées**

L'étude française de Douguet et Muñoz (2005) qui porte sur les transformations de l'organisation du travail dans les établissements de santé résultant de la mise en place de l'accréditation est la seule étude qualitative identifiée utilisant un questionnaire standardisé à questions ouvertes.

L'intérêt de telles études consiste en la réalisation d'entretiens très structurés. Il est possible de répliquer de telles études, et de comparer les réponses entre les participants d'une manière plus aisée que dans le cas d'entretiens semi-directifs. Elles permettent également une analyse plus approfondie et une meilleure mise en contexte par rapport à un questionnaire classique à questions fermées.

L'une des limites de telles études est notamment qu'elles peuvent être consommatrices en ressources et ne permettent d'avoir accès qu'à un nombre limité de participants, ce qui peut poser problème en termes de représentativité.

► **Études se basant sur une analyse qualitative de rapport(s) de certification**

Une étude (Anaes 2003) utilise les rapports de certification comme type de données uniques. L'étude, intégrée au rapport d'activité annuel du Collège de l'accréditation de l'Anaes, analyse l'impact de l'accréditation au travers des 30 rapports des visites ciblées effectuées entre 1999 et 2003. Ces documents présentent les changements ayant eu lieu à la suite de la première visite et des réserves des experts-visiteurs.

Le rapport conclut que l'accréditation/certification (notamment les réserves du Collège de l'accréditation) a permis d'améliorer les pratiques et l'organisation dans la majorité des établissements couverts par l'étude. L'étude suggère notamment que la procédure a permis une meilleure formalisation ainsi qu'une meilleure évaluation des pratiques et des activités. Le rapport suggère également que les réserves du Collège de l'accréditation/certification ont agi comme « levier de changement » au sein des établissements accrédités/certifiés dans les domaines suivants : la formalisation des fonctions et la définition des tâches, le travail collectif et pluriprofessionnel, la formalisation et l'évaluation des activités et des pratiques, la conformité des prescriptions, la gestion des dossiers patient, la maîtrise du risque infectieux et le processus de stérilisation, et le respect de la confidentialité.

L'un des intérêts de telles études est d'explorer l'effet d'une étape spécifique du processus d'accréditation/certification. Par ailleurs, les données font ici « double emploi » puisqu'elles sont collectées pour l'accréditation/certification et permettent en même temps d'évaluer son impact. Enfin, cette approche permet d'identifier le changement à deux moments clés du cycle de l'accréditation/certification, c'est-à-dire avant et après que les réserves soient formulées.

Ce type d'étude comporte cependant de multiples limites : premièrement, les résultats de ces études ne sont pas généralisables aux autres établissements accrédités qui n'ont pas fait l'objet de réserves. Par ailleurs, les effets mesurés restent limités aux domaines visés par les réserves formulées par les experts-visiteurs. Par exemple, ils n'offrent pas de données détaillées sur le vécu des professionnels ou de mesures sur les résultats de soins. Troisièmement, les documents provenant de cet exercice diffèrent de ceux qui seraient issus d'un audit ou d'une étude d'évaluation de l'impact.

5.2 Études quantitatives

Quarante études employant des méthodologies quantitatives ont été identifiées. Toutes portaient sur la mesure et/ou l'évaluation d'une forme d'impact intermédiaire, et 7 d'entre elles ont évalué l'impact de l'accréditation/certification sur les résultats cliniques. En termes de méthodologie, les études quantitatives ont pour la plupart utilisé une méthode unique (37/40) et le plus souvent des questionnaires standardisés (21/40) et/ou bases de données préexistantes (16). Ces études indiquent dans leur majorité (27/40) que l'impact du dispositif de l'accréditation/certification est positif. Cet impact concerne essentiellement l'amélioration des pratiques professionnelles et les changements organisationnels. Deux études suggèrent que l'accréditation/certification a un impact positif sur les résultats cliniques.

Tableau 6. **Caractéristiques des études quantitatives**

Caractéristiques	Nombres d'études
Design quantitatif	40
Méthodes	Questionnaire standardisé (21), bases de données quantitatives (analyse secondaire) (16), observation systématique (3), entretiens semi-directifs (1), analyse de documents (2)
Type de données	Perceptions (9), factuelles (30), perceptions et factuelles (1)
Emploi de méthodes multiples	3
Type d'impact/association	Changement de pratiques (33), changement organisationnel (15), effets sur les résultats de soins : résultats cliniques des soins (7), satisfaction des patients (4)
Résultats	Positifs (27), mitigés (9), neutres (4), nuisibles (0)
Aspect du dispositif isolé	Non applicable (31), tous aspects (7), auto-évaluation (1), référentiel (1), candidature (1)

On distingue trois sous-types d'études dans cette typologie : les études de perception, les études factuelles, et les essais randomisés avec groupe de contrôle.

► Les études quantitatives sur les perceptions utilisant des questionnaires standardisés

Neuf études utilisent des questionnaires à questions fermées dans le but d'interroger les professionnels sur le changement organisationnel et les pratiques professionnelles. En plus des perceptions des professionnels, 4 études comme l'étude de Dean-Beaulieu et Epstein (2004) comparent également la satisfaction des patients vis-à-vis des services provenant d'établissements accrédités par rapport aux établissements non accrédités. Certaines de ces études effectuent des analyses statistiques visant à mesurer le caractère significatif et la direction des liens statistiques entre des variables liées au statut vis-à-vis de l'accréditation/certification et des variables liées à l'amélioration des pratiques et/ou au changement organisationnel perçus.

L'intérêt de l'emploi de questionnaire standardisé est qu'il peut permettre de refléter les perceptions d'un ou plusieurs groupes de professionnels de santé de manière adéquate (à condition bien sûr que les méthodes d'échantillonnage ainsi que les questionnaires employés soient fiables). Les résultats peuvent également être présentés de manière accessible et concise (par exemple statistiques descriptives), y compris pour un lecteur profane. Elles peuvent facilement être répliquées et permettent des comparaisons entre établissements et/ou entre groupes de professionnels.

L'une des limites de telles études est le fait qu'elles n'utilisent qu'une seule méthode, ce qui ne permet pas de trianguler des résultats. Par ailleurs, les résultats de telles études restent relativement généraux, et permettent difficilement d'étudier le vécu des participants en profondeur.

► Les analyses statistiques de données factuelles à partir de questionnaires standardisés et/ou de bases de données quantitatives préexistantes

Trente-trois études ont effectué des analyses statistiques à partir de questionnaires standardisés et/ou de bases de données préexistantes. Ces études emploient généralement des modèles mesurant des liens statistiques entre des variables relatives aux caractéristiques pertinentes des établissements de santé (pratiques professionnelles, caractéristiques de l'organisation, mesures de résultats de soins) et des variables indépendantes telles que le statut vis-à-vis de l'accréditation/certification.

Ces modèles permettent de comparer un nombre potentiellement important et représentatif d'établissements de santé accrédités et non accrédités de manière rétrospective, à l'aide de modèles prenant en compte les caractéristiques spécifiques des établissements, et en évaluant avec un certain degré de confiance la direction et le caractère significatif du lien statistique entre variables dépendantes et indépendantes.

La majorité des études (21 sur 33 études) identifient un lien majoritairement positif entre l'accréditation/certification et des variables reflétant l'amélioration des pratiques professionnelles et/ou une amélioration de l'organisation du travail.

L'intérêt de telles études réside dans la possibilité d'effectuer des analyses à partir d'échantillons d'établissements de santé larges et représentatifs. Elles permettent aussi d'isoler l'effet de l'accréditation/certification d'autres programmes visant à améliorer la qualité et/ou la sécurité des soins. Par exemple, **le modèle de Suñol et al. (2009)** examine sept types de stratégies visant à améliorer la qualité des soins. Il explore les liens statistiques entre ces stratégies d'amélioration et la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles. Ce type d'étude permet la comparaison des établissements accrédités et non accrédités tout en prenant en compte leurs caractéristiques spécifiques (par exemple : taille des hôpitaux, nombre de lits, en cours d'accréditation, etc.). Par ailleurs, l'aspect quantitatif des résultats peut leur conférer davantage de légitimité aux yeux d'un public externe.

Une des limites potentielles de telles études réside dans le fait qu'elles reposent sur la disponibilité de données pertinentes, qui peuvent être difficilement accessibles, voire inexistantes. Enfin, le caractère technique des analyses statistiques peut rendre certains résultats difficilement compréhensibles pour un public profane.

L'étude de D'Aunno et Pollack (2002) vise notamment à déterminer si l'accréditation de la JCAHO est associée à une amélioration de la qualité des traitements au sein des programmes américains de traitement des héroïnomanes par la méthadone. Cette étude longitudinale porte sur des données quantitatives préexistantes, recueillies entre 1988 et 2000 à partir d'entretiens avec un échantillon représentatif de professionnels de santé responsables de programmes de traitement des héroïnomanes par la méthadone.

L'étude identifie une association positive entre l'accréditation de la JCAHO et le niveau de qualité (en particulier le niveau de posologies de méthadone) des soins offerts aux héroïnomanes. À l'issue de leur analyse, les auteurs concluent cependant que ce n'est pas tant l'accréditation, mais plutôt le niveau de moyens financiers et humains des services de traitement des héroïnomanes qui influe le plus sur la qualité et le niveau des prescriptions de méthadone (et incidemment sur le statut et le score d'accréditation) dans les programmes spécialisés américains.

Les auteurs suggèrent que davantage de recherche est requise pour évaluer l'effet véritable de l'accréditation de la JCAHO sur le niveau de qualité des soins offerts aux héroïnomanes dans les programmes américains de traitement par la méthadone.

► Essai randomisé avec groupe de contrôle

Une étude de type expérimental (essai randomisé avec groupe de contrôle) a été identifiée (Salmon et al. 2003), voir encadré chapitre « Impact sur les résultats cliniques ».

Les intérêts de ce type de méthodologie sont multiples. Notamment, cette approche permet d'effectuer deux types de comparaison en temps réel : comparaison avant/après la mise en place de l'accréditation, et comparaison entre hôpitaux accrédités et non accrédités aux caractéristiques relativement similaires. De ce fait, elle peut permettre de contrôler les facteurs confondants sur l'impact de manière plus fiable que dans le cas d'études quantitatives rétrospectives.

Par ailleurs, le caractère prospectif de cette méthode peut permettre de collecter les données directement pertinentes sur l'impact, données qui ne sont pas toujours disponibles lors d'études rétrospectives.

De plus, l'emploi d'un groupe de contrôle de type *waiting list* (liste d'attente) permet d'effectuer un essai randomisé même dans le cas où l'accréditation/certification est obligatoire, du fait qu'elle permet au groupe d'intervention et au groupe de contrôle d'entamer un cycle d'accréditation/certification à deux temps distincts.

Enfin, comme l'étude de Salmon et al. le montre, cette méthodologie offre la possibilité de combiner des données à la fois factuelles et de perception. Elle offre donc la possibilité d'employer différents modes d'objectivation.

Cette approche peut cependant poser certaines difficultés. Notamment, l'accès aux données pertinentes, où la comparabilité des données est potentiellement problématique : l'étude de Salmon et al. (2003), par exemple, a tenté d'utiliser des mesures prenant en compte la mortalité et la morbidité, qui ont finalement été abandonnées du fait du manque de comparabilité des données pertinentes entre les différents hôpitaux.

Par ailleurs, ce type de méthode peut être consommateur en ressources, notamment s'il est nécessaire de former des échantillons de relativement grande taille. De plus, cette approche requiert une certaine similarité entre les caractéristiques des établissements du groupe d'intervention et du groupe de contrôle, qui peut être difficile à établir.

5.3 Études mixtes

Sept études employant des méthodologies quantitatives et qualitatives ont été identifiées. Toutes portent sur la mesure et/ou l'évaluation d'une forme d'impact intermédiaire et aucune étude n'a évalué l'impact de l'accréditation/certification sur les résultats de soins. En termes de méthodologie, les études ont utilisé soit une méthode unique soit une variété de méthodes comme des entretiens semi-directifs, des questionnaires standardisés et l'analyse de documents (comme par exemple des documents d'accréditation/certification). Toutes ces études montrent l'aspect positif ou mitigé du dispositif d'accréditation/certification.

Tableau 7. **Caractéristiques des études mixtes**

Caractéristiques	Nombres d'études
Design mixte	7
Méthodes	Entretiens semi-directifs (5), analyse de documents (5), questionnaire standardisé (6)
Type de données	Perceptions (1), perceptions et factuelles (6)
Emploi de méthodes multiples	5
Type d'impact/association	Organisation (7), pratiques (5), résultats de soins (0)
Type de mesure du changement	Mesure/évaluation du changement (7), lien statistique (0), cause à effet (0)
Résultats	Positifs (3), mitigés (4), neutres (0), nuisibles (0)
Aspect du dispositif isolé	Auto-évaluation (2), visite des experts et recommandations (1)

On peut distinguer deux sous-types d'études mixtes :

► **Les enquêtes avec questions ouvertes et fermées**

Celles qui utilisent un questionnaire standardisé comme mode de collecte de données unique (Fairbrother et Gleeson 2000, Gough et Reynolds 2000), mais qui analysent des données à la fois qualitatives (issues de questions ouvertes) et quantitatives (issues de questions fermées à choix multiples).

L'intérêt de l'emploi de questionnaire standardisé est qu'il peut refléter les perceptions d'un ou plusieurs groupes de professionnels de santé de manière adéquate (à condition bien sûr que les méthodes d'échantillonnage ainsi que les questionnaires employés soient fiables et valides). Les résultats peuvent également être présentés de manière accessible et concise (par exemple statistiques descriptives), y compris pour un lecteur profane.

Facilement répliquable, cette approche permet d'établir des comparaisons entre établissements, groupes professionnels, et cela à différents moments dans le temps.

L'intérêt de l'emploi de questions ouvertes au sein du questionnaire est qu'elles permettent notamment d'obtenir davantage de détails sur les réponses des participants, et/ou d'offrir des options de réponses qui n'auraient pas été couvertes par les questions fermées. À titre d'illustration, le questionnaire de Fairbrother et Gleeson (2000) offrait la possibilité aux personnes interrogées de justifier leur manque de satisfaction vis-à-vis de l'accréditation/certification sous la forme : « si non (satisfait), pourquoi ? », et ainsi d'identifier des sources d'insatisfaction supplémentaires par rapport à une enquête à questions fermées.

Cependant, l'une des limites de ce type d'approche est qu'elle n'offre qu'un seul mode de validation du phénomène étudié et ne reflète que les perceptions. En outre, les indicateurs de résultats sont limités dans la mesure où le lien statistique ou causal est difficile à expliciter.

L'étude de Gough et Reynolds (2000) analyse les opinions des professionnels de santé vis-à-vis de l'impact de l'accréditation des laboratoires sur la qualité des services offerts aux patients. Quarante-trois professionnels de santé travaillant dans un laboratoire accrédité par la *Clinical Pathology Accreditation* (CPA) ont renseigné un questionnaire avec questions ouvertes et fermées.

La plupart des participants considèrent que l'accréditation a permis d'améliorer la performance de leurs services. Cinquante pour cent des participants pensent que l'accréditation offre des informations utiles pour les professionnels, mais 50 % considèrent également que le processus est trop bureaucratique, inefficace et coûteux.

► Les enquêtes utilisant des méthodes multiples et mixtes

Ces études mixtes utilisent des méthodes qualitatives en complément de questionnaires standardisés avec des questions fermées. C'est le cas des études de cas de Pomey et al. (2004), de Beaumont (2008), de Doyle et Grampp (2008) et de Benson et al. (2004), qui utilisent également des entretiens avec les professionnels impliqués dans la mise en place de l'accréditation, ainsi qu'une analyse des documents pertinents (rapports d'auto-évaluation, recommandations des experts-visiteurs, etc.). Par ailleurs, **l'étude de Pomey et al. (2004)**²⁹ présente des données recueillies à partir de visites de départements hospitaliers. Ces visites visaient à observer de manière directe quelles ressources avaient été employées durant la phase d'auto-évaluation. L'étude de Doyle et Grampp (2008) tente également d'évaluer les coûts en termes de ressources financières, humaines et physiques (c.-à-d. infrastructure et équipement) de la mise en place de l'accréditation dans trois hôpitaux irlandais.

L'intérêt de telles études est que la disponibilité des données de perceptions et factuelles permettent différents modes d'objectivation. Les données factuelles permettent de valider les données de perceptions. De même que les données qualitatives permettent d'illustrer et de mettre en contexte/relief les résultats des analyses quantitatives. La fiabilité des mesures et la validité des résultats sont donc potentiellement plus importantes pour ce type d'études.

Par ailleurs, l'utilisation de méthodes d'analyse quantitative, en plus des données qualitatives, permet à la fois d'assurer une plus forte légitimité aux résultats de l'étude, et d'identifier le caractère significatif et la direction de l'association et corrélation entre diverses variables.

Elles donnent aussi une vision plus exhaustive de la nature et de la perception des changements (à la fois observés et ressentis par les professionnels³⁰). Elles permettent aussi un niveau de détail plus grand et présentent la possibilité de nuancer et de mettre en contexte les observations et les résultats. Elles peuvent permettre d'isoler l'effet d'étapes spécifiques du processus d'accréditation/certification (cf. Pomey et al. (2004), qui porte exclusivement sur l'auto-évaluation).

L'une des limites de ces études est qu'elles sont souvent plus coûteuses en ressources que ne l'est le seul questionnaire standardisé, et que le nombre de cas étudiés est relativement limité. Par exemple, l'étude longitudinale de Pomey et al. (2004) ne porte que sur un seul hôpital. Certaines de ces études ne peuvent prétendre être représentatives au-delà du/des cas étudiés.

Le niveau de détail de telles études peut éventuellement poser problème pour les parties prenantes. La difficulté d'obtenir des données probantes sur les coûts de la mise en place de l'accréditation dans le cas de l'étude de Doyle et Grampp est particulièrement riche d'enseignements. Parmi les trois hôpitaux sélectionnés pour l'étude de cas, un seul a pu procurer des données suffisantes pour évaluer les coûts tangibles et intangibles de la mise en place de l'accréditation/certification³¹.

29. À titre illustratif, Pomey et al. 2004 utilisent 6 niveaux d'analyse pour étudier les processus d'accréditation/certification :

- (1) au niveau organisationnel (vertical)
- (2) groupes d'auto-évaluation thématique (TSAGs)
- (3) niveau opérationnel
- (4) niveau stratégique
- (5) niveau systémique (l'hôpital au sein de la communauté des hôpitaux)
- (6) niveau administratif local et régional

30. En effet, ces études prennent en compte la dimension du vécu des professionnels. Le questionnaire standardisé a permis d'obtenir une vue d'ensemble du niveau de satisfaction des professionnels vis-à-vis de la mise en place de l'accréditation/certification, et d'identifier le caractère significatif du changement tel qu'il est perçu par les participants à l'aide d'analyses statistiques Chi-square. (par exemple : Pomey 2004 p. 118).

31. L'analyse des coûts reste relativement simpliste cependant : elle prend en compte principalement le coût associé au nombre d'heures de travail requises pour chaque professionnel impliqué, mais ne prend pas en compte les coûts d'opportunité.

L'étude de Doyle et Grampp (2008) vise à mesurer l'impact de l'accréditation sur les pratiques, l'organisation et la culture organisationnelle dans trois hôpitaux irlandais et à évaluer les coûts en termes de ressources financières, humaines et physiques nécessaires pour mettre en place et conduire l'accréditation. Les chercheurs ont conduit 73 entretiens individuels, 7 *focus groups* avec des échantillons pertinents de professionnels³², et une analyse de documents pertinents. Un questionnaire a également été rempli par 72 professionnels de santé³³, et les auteurs ont conduit des visites sur place dans deux des hôpitaux sélectionnés.

Les professionnels interrogés considèrent que l'accréditation leur a permis de mieux comprendre le fonctionnement de leur organisation et quel rôle ils y jouent. Plusieurs participants considèrent que l'accréditation leur a permis de dépasser certains préjugés liés au statut des différents professionnels, d'améliorer la collaboration entre les différentes équipes, notamment entre les personnels soignants, les médecins et le management. À cet égard, de nombreux participants pensent que l'accréditation a eu un effet particulièrement motivant, notamment au sens où elle a permis aux équipes de collaborer davantage dans un souci commun d'améliorer la santé des patients. Par ailleurs, plusieurs professionnels considèrent que l'accréditation leur a permis d'être mieux préparés à de futurs programmes d'amélioration de la qualité.

Plusieurs problèmes ont cependant été soulevés : de nombreux participants pensent que l'accréditation est une forme d'audit qui encourage une culture de conformité aux normes et une mentalité de *box ticking*³⁴. Plusieurs se sont plaints du fardeau administratifs (par exemple l'excès de documentation) requis et la duplication des certaines procédures. D'autres ont trouvé le soutien de l'autorité de santé insuffisant. Enfin, certains professionnels ont soulevé le problème du manque de formation du personnel afin de mener à bien des programmes d'amélioration de la qualité.

Malgré un manque partiel de données, l'étude estime que les coûts (y compris les coûts non documentés et non mesurés) de la mise en place de la procédure dans un hôpital universitaire de grande taille représentent environ 0,29 % du budget total de l'hôpital. Les coûts de la mise en place de la procédure ont aussi pu être estimés à 2 138 725,20 € pour un premier cycle, et 1 872 803,65 € pour un second cycle d'accréditation d'un hôpital universitaire irlandais.

32. Personnes responsables de la mise en place du programme, médecins et personnels soignants impliqués.

33. Pour un total de 600 questionnaires envoyés.

34. Cette expression signifie l'action de cocher sans approfondir des cases sur un questionnaire.

Conclusion

En conclusion, une majorité d'études indiquent un lien positif entre l'accréditation/certification des établissements de santé et l'amélioration de l'organisation/du management et des pratiques professionnelles au sein des établissements de santé. Ces liens ont généralement été étudiés au niveau des établissements de santé pris isolément, ou au niveau d'établissements de santé regroupés au sein d'échantillons qui peuvent être plus ou moins représentatifs de la population des établissements de santé.

Si l'impact de l'accréditation/certification sur l'organisation ou les pratiques professionnelles est suggéré dans une majorité d'études, l'impact de ces démarches sur les résultats de soins ou leur amélioration n'est pas démontré. Il y a peu d'études s'attachant à démontrer ce lien.

Ainsi, la démarche d'accréditation/certification telle qu'elle apparaît au travers des études examinées semble essentiellement influencer sur l'amélioration des organisations et des pratiques professionnelles au sein des établissements de santé. Notamment, cette étude tend à confirmer l'hypothèse que l'explicitation et la promotion de certaines exigences de qualité au travers de dispositifs d'accréditation/certification favorisent effectivement leur mise en œuvre par les professionnels des établissements de santé³⁵.

Par ailleurs, cette revue de littérature démontre la faisabilité des méthodologies d'évaluation de la démarche de l'accréditation/certification au niveau des établissements de santé. Cette revue a distingué trois types de méthodologies :

- **les méthodologies qualitatives** : elles sont fondées sur des données provenant des perceptions des parties prenantes et de données factuelles qualitatives ;
- **les méthodologies quantitatives** : elles sont fondées sur des données provenant des perceptions des parties prenantes et de données factuelles quantitatives ;
- **les méthodologies qualitatives et quantitatives (ou dites « mixtes »)** : elles sont fondées sur des modèles méthodologiques conciliant des données à la fois qualitatives et quantitatives, conciliant différents modes d'objectivation.

Les méthodologies quantitatives sont les plus utilisées. En général une méthode unique (le plus souvent des questionnaires standardisés et/ou bases de données fondées sur des questionnaires standardisés) est utilisée dans le cas d'études quantitatives. Toutes portent sur l'évaluation des résultats ou impacts intermédiaires et une minorité sur les résultats de soins.

Les méthodologies mixtes qui utilisent des méthodes qualitatives en complément de questionnaires standardisés avec des questions fermées sont parfois les plus riches d'enseignements. Les avantages de telles études sont leur capacité à s'appuyer sur les différentes données disponibles pour permettre différents modes d'objectivation. Dans ce contexte l'étude des perceptions des professionnels de santé est à même de mettre en lumière l'effet de l'accréditation/certification si ces résultats sont comparés aux résultats provenant d'autres sources de données. Les études mixtes, grâce aux méthodes de triangulation, peuvent accroître la légitimité de leurs résultats.

Les études qualitatives analysent l'effet de l'accréditation/certification plus en profondeur et permettent une meilleure mise en contexte. Leur inconvénient réside notamment dans le faible potentiel de représentativité des résultats.

En conclusion, cette revue de littérature reflète la variété des méthodologies employées pour évaluer l'impact de l'accréditation/certification. Le choix de méthodologies pertinentes dans le contexte du projet « impact » de la HAS dépend des besoins spécifiques en termes de démonstration de la plus-value de la démarche de l'accréditation/certification, des données disponibles et de la capacité de la HAS à déployer ces méthodologies.

35. Hypothèse notamment suggérée par Shaw C. External assessment of health care. BMJ. 2001 Apr 7;322(7290):851-854.

Annexe 1. Méthodologie

1. Stratégie de recherche

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec la HAS et a été limitée aux publications en langue anglaise, française, allemande, espagnole et italienne.

Elle a porté sur la période de janvier 2000 au 31 août 2010.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données *Medline*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Health Management Information Consortium* (HMIC) database, *British Nursing Index* (BNI) ;
- pour la littérature francophone : la base de données Pascal et la Banque de données en santé publique.

Cette recherche a été complétée par la revue des sommaires de revues spécialisées et les références citées dans les documents analysés, ainsi que les sites Internet des agences d'accréditation internationales (voir ci-dessous pour liste complète).

Résultats

- nombre de références analysées : 864
- nombre de références retenues : 56

Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé).

Stratégie de recherche dans les bases de données

Évaluation de l'impact de l'accréditation	Période	Nombre de références
Termes utilisés		
<i>[("Accreditation"[Majr] OR accreditation[tj] OR certification[tj]) AND ("Quality of Health Care"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Peer Review, Health Care"[Mesh] OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Utilization Review"[Mesh] OR "Health Care Evaluation Mechanisms"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh] OR "Health Services Research"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Majr:NoExp] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR (impact OR Assessment OR Evaluat? OR Outcomes OR score? OR survey OR quality indicator? OR trial? OR effect?)[tj] OR Performance[ti,Abstract] AND ("Hospitals"[Mesh] Or hospital Field: Title OR Health services"[Mesh] Or stroke center(re)[tj] OR laboratory(ies)[tj] OR trauma center(re)[tj])] NOT ("Education, Continuing"[Mesh] OR CME Or continuing medical education).</i>	01/2000-08/2010	740³⁶

36. Ce nombre n'inclut que les références identifiées à partir des bases de données. A celles-ci s'ajoutent la littérature grise (124 références uniques) pour un total de 864 références uniques.

Sites consultés

Agence d'accréditation		
Pays	Organisme	Lien électronique
Afrique du Sud	COHSASA <i>Council for Health Service Accreditation of Southern Africa</i>	http://www.cohsasa.co.za/
Allemagne	<i>Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus</i>	http://www.ktq.de/
Australie	ACHS <i>Australian Council on Healthcare Standards</i>	http://www.achs.org.au/EQUIP4/
	<i>The Aged care – Standards and Accreditation Agency</i>	http://www.accreditation.org.au/
Canada	CCHSA <i>Conseil canadien d'agrément des services de santé</i>	http://www.cchsa.ca/default.aspx?page=36&cat=27 Qmentum Quaterly http://www.accreditation.ca/programmes-d-agrements/qmentum/
Danemark	IKAS <i>Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare</i>	http://www.ikas.dk/English.aspx
Écosse	NHS Quality Improvement Scotland	http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/controller?p_service=Content.show&p_applic=CCC&pMenuId=0&pElementID=0&pContentID=2762
Espagne	INACEPS	http://www.inaceps.es/
France	HAS	http://www.has-sante.fr
Italie	<i>Programma di accreditamento istituzionale. Regione Marche</i>	http://www.ars.marche.it
Irlande	HIQA <i>Health Information and Quality Authority (Irish Health Services Accreditation Board)</i>	http://www.hiqa.ie/
Japon	<i>Japan Council for Quality Health Care</i>	http://jcqhc.or.jp/
Nouvelle-Zélande	<i>Quality Health New Zealand</i>	http://www.telarcqualityhealth.co.nz/
Portugal	<i>Instituto da Qualidade em Saude</i>	http://www.ipq.pt/backhtmlfiles/ipq_mei.htm
	<i>Instituto Português De Acreditação</i>	http://www.ipac.pt/docs/documentos.asp
UK	CHKS <i>Healthcare Accreditation & Quality Unit (HAQU)</i>	http://www.chks.co.uk/index.php?HAQU
	HQS <i>Health Quality Service (King's Fund)</i>	http://www.ukaf.org.uk/HQS.htm http://www.ukaf.org.uk/HAP.htm
USA	JCAHO <i>Joint Commission</i>	http://www.jointcommission.org/

Sites de littérature grise (suite)		
Pays	Organisme/programme	Lien électronique
Afrique	<i>African Society for Quality in Healthcare</i>	http://www.asqh.org
Espagne	<i>Fondation Avedis Donabedian</i>	http://www.fadq.org/
Europe	<i>ASPHER Working Group on Accreditation for Public Health Education</i>	http://www.aspher.org/index.php?site=accreditation_in_ph_education
	<i>EPSO</i>	http://www.epsonet.eu/
International	<i>The International Society for Quality in Health Care (ISQUA)</i> <i>International Accreditation Programme</i>	http://www.isqua.org/
	<i>CASPE Research –Healthcare Accreditation Programme</i>	http://www.ihmscotland.co.uk/resources/caspe.php
UK	<i>Health Accreditation Programme HAP</i>	http://www.ukaf.org.uk/HAP.htm
	<i>Health Foundation</i>	http://www.health.org.uk
	<i>NHS Evidence</i>	http://www.evidence.nhs.uk
USA	<i>Quality Assurance Project</i>	http://www.qaproject.org/
	<i>Community Health Accreditation Program</i>	http://www.chapinc.org/
	<i>Accreditation Commission for Health Care ACHC</i>	http://www.achc.org/
	<i>The Accreditation Association for Ambulatory Health Care</i>	http://www.aaahc.org/eweb/StartPage.aspx
	<i>CARF accreditation</i>	http://www.carf.org/home/
	<i>The center for health based accreditation</i>	http://www.accreditationcenter.com/
	<i>The Association for Healthcare Accreditation Professionals</i>	http://www.accreditationprofessional.org/
	<i>National Commission on Correctional Healthcare</i>	http://www.ncchc.org/accred/index.html
	<i>Centre for Advancing Health</i>	http://www.cfah.org/
	<i>The Robert Wood Johnson Foundation</i>	http://www.rwjf.org/
	<i>Bill and Melinda Gates foundation</i>	http://www.gatesfoundation.org/Pages/home.aspx
<i>AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality)</i>	http://www.ahrq.gov	

Revue spécialisée consultées de janvier 2010 à août 2010

Actualité et Dossier en Santé Publique, American Journal of Medical Quality, Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, BMC Health Services Research, BMJ - British Medical Journal, CMAJ - Canadian Medical Association Journal, Cahiers Hospitaliers, Clinical Governance, Concours Médical, Décision Santé, Gestions Hospitalières, Health Affairs, Health Economics Policy and Law, International Journal for Quality in Health Care, International Journal of Health Care Quality Assurance, JAMA - Journal of the American Medical Association, Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Joint Commission Perspective, Journal of General Internal Medicine, Journal of Nursing Care Quality, Journal of Healthcare Quality, Medical Care, Managed Care Quality, Pratiques et Organisation des Soins, Presse Médicale, Quality and Safety in Health Care, Quality in Health Care, Quality Management in Health Care, Revue hospitalière de France, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Risque et Qualité, Santé Publique - la Revue de la Société française de santé publique, Sciences Sociales et Santé, Techniques Hospitalières.

2. Critères de sélection des études pour la revue de littérature

1. Est-ce que l'étude porte sur les procédures d'accréditation/certification des services de santé ?
 - a. Dans le cadre de cette étude, le concept d'accréditation/certification des établissements de santé inclut toute forme de procédure par laquelle la qualité des services est suivie et/ou évaluée, soit par suivi/évaluation externe, soit par auto-évaluation, en fonction d'un certain nombre de critères explicites. Afin d'être sélectionnée, l'étude a porté sur une procédure d'accréditation/ certification qui est garantie par un organisme indépendant (gouvernemental ou non gouvernemental), et non uniquement par le(s) service(s) de santé soumis à la certification.
 - b. Les services de santé sont compris au sens large, y compris les laboratoires. Les études portant exclusivement sur la certification dans le secteur de l'éducation professionnelle ont été exclues.
2. Est-ce que l'étude présente des données empiriques sur un programme d'accréditation déjà mis en place ?
 - a. Les études portant sur les perceptions générales, ainsi que sur des opinions ou attitudes hypothétiques ont été exclues.
3. Est-ce que l'étude évalue les effets de la certification en termes de résultats tels que : l'impact clinique, la qualité des services rendus, le changement organisationnel, le changement des pratiques professionnelles, la satisfaction des patients, etc. ?
 - a. Les études ne présentant que des données sur la mise en place (par ex.: coûts, problèmes liés aux procédures, obstacles et facilitateurs) sans informations spécifiques sur l'impact ont été exclues.
 - b. Parmi les études offrant des données purement factuelles, seules celles comportant un élément de comparaison (soit au sein d'un même établissement avant et après la mise en place de l'accréditation/certification, soit entre établissements accrédités/certifiés et non accrédités/non certifiés) ont été retenues. L'exclusion des études factuelles ne comportant pas de comparaison entre hôpitaux accrédités/certifiés et non accrédités/certifiés et/ou avant/après l'accréditation/certification se justifie par le fait que ces études ne peuvent montrer ni le changement suite à la mise en place de l'accréditation/certification (études de type avant-après) ni l'effet sur les hôpitaux participant à l'accréditation/certification par rapport aux hôpitaux n'ayant pas participé à la procédure (études de type accrédités vs. non accrédités). Les critères d'inclusion étaient moins stricts pour les études de perception, qui étaient incluses même si elles n'étaient pas comparatives. Ce choix s'explique notamment par le fait que les données de perception non comparatives restent potentiellement pertinentes pour mesurer l'impact de l'accréditation/certification. Par exemple, l'étude de Douguet et Muñoz (2005) offre des enseignements utiles sur l'impact organisationnel, notamment sur le ressenti des personnels soignants vis-à-vis du changement organisationnel suite à la mise en place de l'accréditation/certification,
4. Est-ce que l'étude utilise une méthodologie pertinente (par exemple, étude prospective d'évaluation de l'impact, étude rétrospective ou transversale, étude qualitative, etc.) ?

Annexe 2. Caractéristiques méthodologiques, résultats et analyse critique des études

Cette annexe contient le tableau synoptique des références bibliographiques et de leur analyse critique. Les données extraites à partir des études incluses ont été synthétisées à l'aide d'un référentiel d'analyse standardisé. Ce référentiel d'analyse comprend les éléments suivants :

1. **Référence** : la référence au format Vancouver
2. **Auteur(s)** de l'étude
3. **Titre** de l'étude
4. **Date de publication** de l'étude
5. **Perceptions/factuelles** : le type de données collectées et analysées par l'étude
6. **Accréditation comme objectif principal** : précise si l'étude porte principalement sur l'accréditation/certification
7. **Langue** : langue dans laquelle l'étude a été écrite
8. **Pays** : pays dans le(s)quel(s) la/les procédure(s) a/ont été mise(s) en place
9. **Design** : quantitatif, qualitatif ou mixte
10. **Type d'établissement** : quel type d'établissement est soumis à l'accréditation/certification ?
11. **Appellation de l'accréditation/certification** : appellation du/des régime(s) d'accréditation/certification et/ou organisme(s) mettant en place la procédure d'accréditation/certification
12. **Résultats** : les résultats de la procédure sont-ils dans l'ensemble positifs, mixtes, neutres, ou négatifs ?
13. **Aspects du dispositif/source de l'impact** : l'étude analyse-t-elle les effets d'une ou plusieurs parties spécifiques de l'accréditation/certification (par ex. : auto-évaluation, rapport des experts, etc.) ?
14. **Type(s) d'impact ou d'association** identifié(s) et/ou recherché(s) par l'étude :
 - a. organisationnel
 - b. pratiques
 - c. effets sur les résultats de soins (cliniques et/ou satisfaction des patients/usagers)
15. **Données coût** : précise si l'étude comporte des données quantitatives sur le coût de la procédure d'accréditation/certification
16. **Financement/affiliation** : organisme chargé du financement de l'étude/affiliation des auteurs si connu
17. **Méthode de collecte de données** : la/les méthodes employée(s) pour recueillir les données
18. **Commentaires sur la qualité** : un paragraphe résumant les principaux défauts et qualités méthodologiques de l'étude

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques, et résultats des études

Auteurs	Date	Titre	Pays	Perception/factuelle	Accréd= objectif principal ?	Design	Type d'établissements	Appellation de l'accréditation/certification	Résultats	Aspect(s) du dispositif/source de l'impact	Types d'impact ou d'association identifiés et/ou recherchés	Financement/ affiliation des auteurs
Abdelmoumène N, Burnel P.	2006	Deuxième procédure de certification des établissements de santé. Impact des recommandations de la V1	France	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Établissements de santé	HAS	Positifs	Décisions/recommandations	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Haute Autorité de santé (HAS), Direction de l'accréditation (DAC)
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Rapport d'activité. St-Denis: Collège de l'accréditation, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes); 2003.	2003	Rapport d'activité 2003	France	Perceptions et factuelle	Oui	Enquête qualitative	Établissements de santé	Anaes	Positifs	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Anaes
Al Tehewy M, Salem B, Habib I, El'Okda S.	2009	Évaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes	Egypte	Factuelle et perceptions	Oui	Enquête quantitative	Soins de santé primaire (gérés par les ONG)	Régime national	Positifs	Tous aspects	Changement de pratiques, impact sur la satisfaction des patients, impact sur la satisfaction des professionnels	Social Fund for Development in Egypt/ University; General Directorate of Quality, Ministry of Health and Population
Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL.	2002	Medication errors observed in 36 health care facilities	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Hôpitaux	JCAHO	Neutres	Non applicable	Changement de pratiques (erreurs de médicament)	Alabama Quality Assurance Foundation, Birmingham/ Universités
Beaumont M.	2008	L'agrément : un agent moteur de développement des capacités, d'apprentissage collectif et de socialisation. Une étude de cas en profondeur dans un hôpital privé saoudien	Arabie-Saoudite	Perceptions et factuelle	Oui	Enquête mixte	Hôpitaux	Régime national	Positifs	Tous aspects	Changement organisationnel (impact sur les dynamiques professionnelles et le ressenti des professionnels)	Conseil canadien d'agrément/ Accréditation
Benson L, Boyd A, Walshe K.	2004	Learning from CHI: the impact of healthcare regulation	Angleterre	Perceptions et factuelle	Oui	Enquête mixte	NHS Trusts	Commission for Health Improvement Review	Mixtes	Revue et recommandations	Changement organisationnel, changement de pratiques	Commission for Health Improvement/ Universités
Berthelier C.	2002	L'accueil du patient en néphrologie avant et après l'accréditation	France	Perceptions	Oui	Enquête qualitative	Services de soins spécialisés en néphrologie	Anaes	Neutres	Tous aspects	Changement de pratiques	?/Assistance publique Institut de formation des cadres de santé

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques, et résultats des études (suite)

Auteurs	Date	Titre	Pays	Perception/ factuelle	Accréd= objectif principal ?	Design	Type d'établissements	Appellation de l'accréditation/ certification	Résultats	Aspect(s) du dispositif/ source de l'impact	Types d'impact ou d'association identifiés et/ou recherchés	Financement/ affiliation des auteurs
Brannigan R, Schackman BR, Falco M, Millman RB.	2004	The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: results of an in-depth national survey	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Traitement de toxicomanie (adolescent)	JCAHO, CARE, COA	Neutres	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques	Robert Wood Johnson Foundation/Universités
Braun BI, Owens LK, Bartman BA, Berkeley L, Wineman N, Daly CA.	2008	Quality-related activities in federally supported health centers: do they differ by organizational characteristics?	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Centres de santé communautaires	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement organisationnel (dotation), changement de pratiques	Health Resources and Services Administration Bureau of Primary Health Care/Divisions of Quality Measurement and Research (Dr Braun and Ms Wineman), Accreditation and Certification Operations (Mr Berkeley), The Joint Commission, Oakbrook Terrace, Ill; the Survey Research Laboratory, University of Illinois, Champaign (Dr Owens); the Center for Outcomes and Evidence, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Md (Dr Bartman); and the Office of Quality and Data, Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services Administration, Rockville, Md (Mr Daly).
Bruneau C, Obrecht O, Lachenaye-Ulenas C.	2003	Le point sur l'accréditation. Une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé	France	Perceptions	Oui	Enquête quantitative	Plusieurs (non précisés)	Anaes	Positifs	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Anaes
Bruneau C, Burnel P, Depaigne-Loth A, Jourdy P	2006	À quoi sert l'accréditation?	France	Perceptions	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux (tous)	HAS	Positifs	Tous aspects, Auto-évaluation	Changement organisationnel, changement de pratiques	HAS?/HAS
Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J.	2002	Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience	Zambie	Perceptions et factuelle	Oui	Enquête mixte	Hôpitaux (tous)	Régime national	Positifs	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	USAID/Joint Commission Resources, Chicago, IL.; Quality Assurance Project, University Research Corp., LLC, Bethesda, MD, USA.; Central Board of Health, Lusaka, Zambia

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques, et résultats des études (suite)

Auteurs	Date	Titre	Pays	Perception/ factuelle	Accréd= objectif principal ?	Design	Type d'établissements	Appellation de l'accréditation/ certification	Résultats	Aspect(s) du dispositif/ source de l'impact	Types d'impact ou d'association identifiés et/ou recherchés	Financement/ affiliation des auteurs
Casey M, Moscovice I, Davidson G.	2005	Pharmacist staffing and the use of technology in small rural hospitals: implications for medication safety	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Hôpitaux (rural)	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques	Office of Rural Health Policy, Health Resources and Services Administration/ Universités
Chandra A, Glickman SW, Ou F, Peacock WF, McCord JK, Cairns CB, et al.	2009	An analysis of the association of society of chest pain centers accreditation to American College of Cardiology/American Heart Association non-ST-segment elevation myocardial infarction guideline adherence	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux (tous)	Society of Chest Pain Centers (SCPC) accreditation	Mixtes	Non applicable	Changements de pratiques, effets sur les résultats de soins	Schering-Plough Corporation, Bristol-Myers Squibb/Sanofi-Aventis/ Universités
D'Aunno T, Pollack HA.	2002	Changes in methadone treatment practices. Results from a national panel study, 1988-2000.	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Traitement de toxicomanie (méthadone)	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	National Institute on Drug Abuse/Universités
Dean Beaulieu N, Epstein AM.	2002	National Committee on Quality Assurance health-plan accreditation: predictors, correlates of performance, and market impact.	USA	Perceptions/ factuelle	Oui	Enquête quantitative	Tous (health care organisations)	National Committee on Quality Assurance (NCQA)	Mixtes	Non applicable	Changement de pratiques, satisfaction des patients	Commonwealth Fund/ Universités
Dédale	2009	Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n°176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé	France	Perceptions	Non	Enquête quantitative	Etablissements de santé	HAS	Positifs	Tous aspects, référentiel de certification, résultats de la certification	Changement organisationnel, changement de pratiques	Ministère de la Santé et des Sports

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques, et résultats des études (suite)

Auteurs	Date	Titre	Pays	Perception/ factuelle	Accréd= objectif principal ?	Design	Type d'établissements	Appellation de l'accréditation/ certification	Résultats	Aspect(s) du dispositif/ source de l'impact	Types d'impact ou d'association identifiés et/ou recherchés	Financement/ affiliation des auteurs
Douquet F. Muñoz J.	2005	Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants : Post-enquête conditions et organisation du travail dans les établissements de santé (2/5)	France	Perceptions	Oui	Enquête qualitative	Etablissements de santé	Anaes	Mixtes	Tous aspects	Changement organisationnel (modes de gestion et d'organisation issus de l'accréditation), changement de pratiques	Ministère de la Santé, ministère de l'Emploi/DREES
Doyle G. & Grampp C.	2008	The cost of implementing accreditation: what are the benefits? Final report of the retrospective study	Irlande	Perceptions et factuelle	Oui	Enquête mixte	Hôpitaux (tous)	Acute Care Accreditation Scheme (ACAS)	Mixtes	Tous aspects, auto-évaluation	Changement organisationnel, changement de pratiques	Health Information and Quality Authority (HIQA)
Duckett S.J.	1983	Changing hospitals: the role of hospital accreditation	Australie	Perceptions	Oui	Enquête qualitative	Hôpitaux (tous)	Australian Council on Hospital Standards	Positifs	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Universités
El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V.	2008	The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses	Liban	Perceptions	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux (tous)	Régime national	Positifs	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques (qualité des soins)	American University of Beirut University Research Board/ Université, ministère de la Santé
Fairbrother G. & Gleeson M.	2000	EQUP accreditation: feedback from a Sydney teaching hospital	Australie	Perceptions	Oui	Enquête mixte	Hôpital (universitaire)	EQUP (Australian Council on Healthcare Standards)	Mixtes	Tous aspects	Changement organisationnel	?/Hospital, consultant
Gough L, Reynolds T.	2000	Is clinical pathology accreditation worth it? A survey of CPA-accredited laboratories	UK	Perceptions et factuelle	Oui	Enquête mixte	Laboratoires de pathologie	Clinical Pathology Accreditation	Mixtes	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Hopitaux
Grachek MK.	2002	Reducing risk and enhancing value through accreditation: recent data indicate that accreditation has a quality impact that could be significant to risk management	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux (tous)	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques, effets sur les résultats de soins	?/JCAHO
Grenade L, Boldy D.	2002	The accreditation experience: views of residential aged care providers	Australie	Perceptions	Oui	Enquête qualitative	Résidences pour personnes âgées (residential aged care facilities)	Régime national	Mixtes	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Curtin University of Technology
Hadley TR, McGurrin M.	1988	Accreditation, certification, and the quality of care in state hospitals	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux psychiatriques	JCAHO, HCFA	Mixtes	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Philadelphia Department of Public Health, University of Pennsylvania

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques, et résultats des études (suite)

Auteurs	Date	Titre	Pays	Perception/ factuelle	Accréd= objectif principal ?	Design	Type d'établissements	Appellation de l'accréditation/ certification	Résultats	Aspect(s) du dispositif/ source de l'impact	Types d'impact ou d'association identifiés et/ou recherchés	Financement/ affiliation des auteurs
Juul AB, Gluud C, Wetterslev J, Callesen T, Jensen G, Kofoed-Enevoldsen A.	2005	The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines	Danemark	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux (généralistes) (départments de chirurgie et anesthésie)	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement organisationne	AstraZeneca, The Danish Heart Foundation, The Danish Diabetes Foundation, The Copenhagen Hospital Corporation's Research Council, and The Danish Medical Research Council's "Program for Strengthening Regional AstraZeneca, The Danish Heart Foundation, The Danish Diabetes Foundation, The Copenhagen Hospital Corporation's Research Council, and The Danish Medical Research Council's "Program for Strengthening Regional Collabora-tion within Medical Health Research"/ Hopitaux
Lancaster J, Braithwaite J., Greenfield D.	2010	Benefits of participating in accreditation surveying	Australie	Perceptions	Oui	Enquête qualitative	Hôpitaux (tous)	Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)	Positifs	Visite des experts, rapport	Changement organisationnel (experts-visiteurs)	Australian Research Council's Linkage funding scheme, Australian Council on Healthcare Standards, Ramsay Health Care Ltd, the Australian Private Health Insurance Association/ Universités
Landon BE, Normand ST, Lessler A, O'Malley AJ, Schmaltz S, Loeb JM, et al.	2006	Quality of care for the treatment of acute medical conditions in US hospitals. Archives of Internal Medicine, 166(22), 2511-2517	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Hôpitaux (tous), Hôpitaux spécialistes (maladies cardio-vasculaires)	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	?/Universités, JCAHO
Lau DT, Kasper JD, Potter DEB, Lyles A.	2004	Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: their scope and associated resident and facility characteristics	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Résidences pour personnes âgées	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	?/Universités
Lemak CH, Alexander JA.	2005	Factors that influence staffing of outpatient substance abuse treatment programs	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Programme de traitement ambulatoire des toxicomanes	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	National Institute on Drug Abuse/ Universités

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques, et résultats des études (suite)

Auteurs	Date	Titre	Pays	Perception/ factuelle	Accréd= objectif principal ?	Design	Type d'établissements	Appellation de l'accréditation/ certification	Résultats	Aspect(s) du dispositif/ source de l'impact	Types d'impact ou d'association identifiés et/ou recherchés	Financement/ affiliation des auteurs
Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S.	2007	Hospital patient safety: characteristics of best-performing hospitals	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative (2 temps)	Hôpitaux	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	Pas déclaré
Lufiya MN, Sikka A, Mehta S, Lipsky MS.	2009	Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux ruraux (acute care, "critical access hospitals")	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	?/Universités
Mazmanian PE, Kreutzer JS, Devany CW, Martin KO.	1993	A survey of accredited and other rehabilitation facilities: education, training and cognitive rehabilitation in brain-injury programmes	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Centre spécialiste pour lésions cérébrales	Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF)	Neutres	Non applicable	Changement de pratiques	National Institute on Disability and Rehabilitation Research, US Dept of Education; IBM Corporation
Menachemi N, Chukmatov A, Brown L, Saunders C, Brooks R.	2008	Quality of care in accredited and nonaccredited ambulatory surgical centers	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Centre de chirurgie	JCAHO; Accreditation Association for Ambulatory Health Care (AAAHC)	Neutres	Non applicable	Effets sur les résultats de soins (Réhospitalisation après chirurgie)	Florida Agency for Health Care Administration
Muñoz J, Bertrand D, Raymond A.	2007	Conditions de travail et accréditation : incidences dans l'activité de travail des professionnels de santé	France	Perceptions	Oui	Enquête quantitative	Établissements de santé	HAS	Mixtes	Tous aspects	Changement organisationnel- changement de pratiques	Ministère de la Santé, ministère de l'Emploi/DREES
Niska RW, Burt CW.	2006	Emergency response planning in hospitals, United States: 2003-2004 Training for terrorism-related conditions in hospitals: United States, 2003-04	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Hôpitaux	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement organisationnel (planification d'urgence) Changement organisationnel (formation du personnel)	? / Centers for Disease Control and Prevention
Pham HH, Coughlan J, O'Malley AS.	2006	The impact of quality-reporting programs on hospital operations	USA	Perceptions	Non	Enquête qualitative	Hôpitaux (tous)	JCAHO, CMS, autres	Mixtes	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	the Robert Wood Johnson Foundation/ Studying Health System Change (HSC)
Pomey M, Contandriopoulos A, Francois P, Bertrand D	2004	Implantation de l'accréditation en France : étude de la perception de l'impact de l'autoévaluation en terme de changement organisationnel dans un centre hospitalier universitaire	France	Perceptions et factuelle	Oui	Enquête mixte	Hôpital (universitaire)	Anaes	Positifs	Auto-évaluation/préparation	Changement organisationnel, changement de pratiques	Anaes/Universités, hôpitaux
Pomey M, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos A.	2010	Does accreditation stimulate change? A study of the context and the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations	Canada	Perceptions et factuelle	Oui	Enquête qualitative	Hôpitaux	Accreditation Canada	Positifs	Tous aspects	Changement organisationnel	?/Universités

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques, et résultats des études (suite)

Auteurs	Date	Titre	Pays	Perception/factuelle	Accréd=objectif principal ?	Design	Type d'établissements	Appellation de l'accréditation/certification	Résultats	Aspect(s) du dispositif/source de l'impact	Types d'impact ou d'association identifiés et/ou recherchés	Financement/ affiliation des auteurs
Quality Assurance Project	2005	The Zambia accreditation program evaluation. Operations research results	Zambia	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux (généralistes, district, missionnaires)	Zambia Accreditation Program	Positifs	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques, effets sur les résultats de soins, satisfaction des patients	USAID/QAP
Ross MA, Amsterdam E, Peacock WF, Graff L, Fesmire F, Garvey JL, Kelly K, Holmes H, Karunaratne M.	2008	Chest pain center accreditation is associated with better performance of centers for Medicare and Medicaid services core measures for acute myocardial infarction	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux spécialistes (douleur thoracique)	Society of Chest Pain Centers	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	?/Universités
Salmon J, Heavens J, Lombard C, Tavor P.	2003	The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal province, Republic of South Africa	Afrique du Sud	Factuelle	Oui	Enquête quantitative (essai randomisé)	Hôpitaux	Council for Health Services Accreditation of Southern Africa (COHSASA)	Mixtes	Non applicable	Changement de pratiques (dossiers médicaux, étiquetage des médicaments, hygiène), satisfaction des patients, effets sur les résultats de soins (NB. Mortalité, infections sont inclus mais n'étaient pas utilisés)	USAID/Joint Commission Resources, Chicago, IL.; Quality Assurance Project, University Research Corp
Scrivens E.	1995	Accreditation: protecting the professional or the consumer?	Angleterre	Perceptions	Oui	Enquête qualitative	Hôpitaux (tous)	Hospital Accreditation Programme (HAP), King's Fund Organisational Audit	Mixtes	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	Ministère de la Santé/Université
Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H.	2008	Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan	Japon	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux (universitaires)	Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)	Positifs	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Universités, Japan Council for Quality Health Care, Expert Group on Healthcare-Associated Infection Control and Prevention Kyoto and Tokyo, Japan
Sierpińska L, Ksykiewicz-Dorota A.	2002	Selected determinants of the quality of hospital care. I. Accreditation and effectiveness of managing a therapeutic team. Selected determinants of the quality of hospital care. II. Managing a therapeutic team. Selected determinants of the quality of hospital care. III. Scope of duties, authorization and responsibility among members of a therapeutic team	Pologne	Perceptions	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux	Centre for Quality Care Monitoring accreditation	Positifs Mixtes Positifs	Tous aspects	Changement organisationnel, changement de pratiques	?/Universités

Tableau 1. Caractéristiques méthodologiques, et résultats des études (suite)

Auteurs	Date	Titre	Pays	Perception/factuelle	Accréd= objectif principal ?	Design	Type d'établissements	Appellation de l'accréditation/certification	Résultats	Aspect(s) du dispositif/source de l'impact	Types d'impact ou d'association identifiés et/ou recherchés	Financement/ affiliation des auteurs
Stradling D, Yu W, Langdorf ML, Tsai F, Kostanian V, Hasso AN, Welbourne SJ, Schooley Y, Fisher MJ, Cramer SC.	2007	Stroke care delivery before vs after JCAHO stroke center certification	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Stroke centre	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	?/Universités
Suñol R, Vallejo P, Thompson A, Lombarts MJMH, Shaw CD, Klazinga N.	2009	Impact of quality strategies on hospital outputs	UE (Irlande, Belgique, France, Espagne, Pologne, République Tchèque, Hollande, Royaume-Uni)	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Hôpitaux (tous)	Diverses (Regime national, volontaire, ISO, External Pressure Index, teaching accreditation)	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	?/Universités
Tan K, Chang SAE, Soh VCH, Thamboo TP, Nilsson B, Chan NHL.	2004	Quality indices in a cervicovaginal cytology service: before and after laboratory accreditation	Singapour	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Laboratoire Hospitalier (Service de cytologie)	College of American Pathologists (CAP) Laboratory Accreditation Program	Positifs	Non applicable	Changement de pratiques	?/Universités
Verstraete A, van Boeckel E, Thys M, Engelen F.	1998	Attitude of laboratory personnel towards accreditation	Belgique	Perceptions	Oui	Enquête quantitative	Laboratoires privés	EN 45001	Mixtes	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques, effets sur les résultats de soins	?/Laboratoire hospitalier
Weeks W, Schmidek M, Wallace A, Dimick J.	2007	Do JCAHO accredited hospitals perform better on quality measures? An analysis of process-of-care measures and surgical indicators	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Hôpitaux (tous)	JCAHO	Mixtes	Non applicable	Changements de pratiques, effets sur les résultats de soins	?/Universités
Wells R, Lemak CH, Alexander JA, Nahra TA, Ye Y, Campbell CI.	2007	Do licensing and accreditation matter in outpatient substance abuse treatment programs?	USA	Factuelle	Oui	Enquête quantitative	Centre de traitement des toxicomanes	JCAHO, CAPF (Council for Accreditation of Rehabilitation Facilities)	Mixtes	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques	National Institute on Drug Abuse (NIDA)/ Universités
Wineman NV, Braun BI, Barbera JA, Loeb JM.	2007	Assessing the integration of health center and community emergency preparedness and response planning	USA	Factuelle	Non	Enquête quantitative	Hôpitaux (tous)	JCAHO	Positifs	Non applicable	Changement organisationnel, changement de pratiques	Agency for Healthcare Research and Quality/Joint Commission & Universités

Tableau 2. Méthodes de collecte des données et analyse critique

Références	Méthode de collecte des données (1)	Méthode de collecte des données (2)	Méthode de collecte des données (3)	Commentaires sur la qualité
Abdelmoumène N, Burnel P. Deuxième procédure de certification des établissements de santé. Impact des recommandations de la V1. Gestions Hospitalières. 2006 Nov;(460):6.	Analyse de rapports de certification			Effets des recommandations suggéré, mais non démontré statistiquement. La mesure de résultats est limitée aux notes d'accréditation. L'échantillon ne prend en compte que les 100 premiers établissements ayant achevé la V2 : risque de biais ? Peu de discussion des limites de l'étude (seulement caractère non généralisable de l'étude). Pas de justification de l'échantillonnage. N'isole pas l'effet d'autres mesures potentielles. Pertinence pour le contexte français, mais portée des résultats relativement limitée du fait des limites méthodologiques.
Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Rapport d'activité 2003. St-Denis : Collège de l'accréditation, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes); 2003.	Analyse qualitative de 30 rapports d'activité			Portée et limites du matériel de l'étude discutés de manière honnête et ouverte; notamment : résultats non généralisables, effets limités aux domaines visés par les réserves formulées par l'Anaes, statut des documents (différents d'un audit ou étude d'évaluation de l'impact : la méthode semble partiellement choisie par convenance), n'isole pas les effets de l'accréditation d'autres événements et mesures autres que l'accréditation. Analyse rigoureuse et pertinente. Données relativement riches. Pas de mesure des effets sur les soins. Résultats relativement convaincants.
Al Tehewy M, Salem B, Habil I, El Okda S. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. Int J Qual Health Care. 2009 Jun;21(3):183-189.	Questionnaires standardisés	Observations systématiques		Utilisation d'un groupe de comparaison (<i>matched</i>) pertinente. Mesures d'impact : seulement adhésion aux critères d'accréditation et perceptions (mesures relativement faibles). Utilisation de mesures diverses (adhésion, satisfaction des patients et professionnels) pertinente. Manque de détails sur l'isolement de l'effet de la préparation à l'accréditation par rapport à d'autres facteurs potentiels. Rapport transparent, design rigoureux et pertinent. Résultats relativement convaincants.
Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. Arch Intern Med. 2002 Sep 9;162(16):1897-1903.	Observations systématiques			Étude rigoureuse. Transparence du design, méthodologie, analyse. Résultats convaincants. Pertinence pour le contexte français incertaine. Mesure d'impact de l'accréditation en partie limitée : association statut vis-à-vis de l'accréditation et une seule pratique spécifique. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Beaumont M. L'agrément : un agent moteur de développement des capacités, d'apprentissage collectif et de socialisation. Une étude de cas en profondeur dans un hôpital privé saoudien. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Doctorat en santé publique. 2008 ; 11.	Entretiens (semi-directifs), <i>focus groups</i>	Questionnaire standardisé	Analyse de documents	Manque de transparence et de rigueur dans le design, méthodologie. Peu de transparence concernant le choix et les caractéristiques des participants. Conclusion confuse. Distinction entre effets perçus et données factuelles parfois confuse. Conclusions peu convaincantes au vu de la méthode et présentation de l'analyse. Faible pertinence pour le contexte français. Cependant, quelques données riches et pertinentes.
Benson L, Boyd A, Walshe K. Learning from CHI: the impact of healthcare regulation [Internet]. 2004 Mar [cited 2009 Jun 1]; Available from: http://epso-web.eu/mediapool/72/723588/data/brussel/Report_-_Learning_from_CHI_-_The_impact_of_healthcare_regulation.pdf	Questionnaire standardisé	Analyse de bases de données	Entretiens semi-directifs	Transparence du design et du compte rendu de la méthodologie. Compte rendu des résultats clair, transparent et nuancé. Échantillonnage transparent et convaincant. Design et utilisation des méthodes mixtes pertinents. Fiabilité des méthodes de recueil des données testée. Analyse rigoureuse. Résultats convaincants.
Berthelie C. L'accueil du patient en néphrologie avant et après l'accréditation. Mémoire présenté à l'Institut de formation des cadres de santé pour l'obtention du diplôme de cadre de santé. 2002.	Entretiens semi-directifs	Observation systématique		Pas d'observation pré-post pour valider l'hypothèse. Contrairement à ses objectifs, l'étude ne mesure que l'effet perçu de l'accréditation. Pas de justification pour l'échantillonnage et le choix des participants. Pas de description de méthode d'analyse. Faible rigueur dans le compte rendu de l'étude. Cependant, quelques données pertinentes sur impact de l'accréditation perçu par les professionnels. Transparence du design et de la méthodologie. Pertinence pour le contexte français.

Tableau 2. Méthodes de collecte des données et analyse critique (suite)

Références	Méthode de collecte des données (1)	Méthode de collecte des données (2)	Méthode de collecte des données (3)	Commentaires sur la qualité
Brannigan R, Schackman BR, Falco M, Millman RB. The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: results of an in-depth national survey. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004 Sep;158(9):904-909.	Questionnaire standardisé			Suggère davantage le manque de fiabilité et de validité des critères de qualité formulés par les organismes chargés de l'accréditation que l'impact de l'accréditation. (Par ailleurs, l'étude ne démontre-t-elle pas davantage le manque de concordance entre le consensus des experts interrogés et les critères d'accréditation établis plutôt que le manque de fiabilité de ces critères ?) Ne présente pas les différences entre établissements accrédités et non accrédités pour les programmes figurant dans les trois derniers quartiles. Points positifs : transparence du design, méthodologie. Certains résultats convaincants.
Braun BI, Owens LK, Bartman BA, Berkeley L, Wineman N, Daly CA. Quality-related activities in federally supported health centers: do they differ by organizational characteristics? J Ambul Care Manage. 2008 Dec;31(4):303-318.	Questionnaire standardisé			Faible taux de réponses. "Response bias" traité cependant : une différence entre établissements accrédités et non accrédités prise en compte dans l'analyse. Un seul participant par hôpital : un des éléments du manque de fiabilité et validité des résultats (admis par auteurs). L'association entre statut vis-à-vis de l'accréditation/certification et les pratiques est une relativement faible mesure d'impact de l'accréditation. Cependant transparence et rigueur du design, méthode, analyse et discussion honnêtes des limites de l'étude. Résultats convaincants, mais limités au vu des objectifs de cette revue.
Bruneau C, Obrecht O, Lachenaye-Llanas C. Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé. Gestions Hospitalières. 2003;(422):13-17.	Questionnaire standardisé			Analyse détaillée, rigoureuse et nuancée. Résultats convaincants. Forte pertinence pour le contexte français. Représente les points de vue de la majorité des professionnels de santé. Cependant, pas de points de vue des infirmières et aides soignantes. Aurait peut-être bénéficié d'une mise en contexte plus étendue au sein de la bibliographie existante. Pas d'effets perçus sur les résultats cliniques.
Bruneau C, Burnel P, Depaigne-Loth A, Jourdy P, A quoi sert l'accréditation ? Décision santé. 2006 Jan 17;(221).	Questionnaire			Prise en compte de points de vue des directeurs, médecins et personnels soignants, et comparaisons entre ces points de vue pertinentes. Analyse rigoureuse. Forte pertinence pour le contexte français. Manque de transparence sur l'échantillonnage et le taux de réponses. Pas de discussion des limites de l'étude. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience. Int J Qual Health Care. 2002 Dec; 14 Suppl 1:7-16.	Entretiens semi-directifs	Analyse de documents		Ne mesure que l'adhésion aux critères et les perceptions de professionnels. Problème de répliquabilité pour le contexte français. Impact du programme limité par restrictions budgétaires. Rapport clair et transparent. Descriptions riches. Utilisation de méthodes mixtes pertinente. Résultats convaincants.
Casey M, Moscovice I, Davidson G. Pharmacist staffing and the use of technology in small rural hospitals: implications for medication safety [Internet]. Minneapolis: Upper Midwest Rural Health Research Center; 2005. Available from: http://www.uppermidwesthrhc.org/pdf/medication_safety.pdf	Questionnaire standardisé	Base de données (analyse secondaire)		Nombre limité de variables dépendantes. L'association entre statut et pratiques est une faible et discutable mesure d'impact de l'accréditation. Cependant transparence et rigueur du design, méthode, analyse et discussion honnêtes des limites de l'étude. Fort taux de réponses, l'échantillon semble représentatif, échantillonnage rigoureux. Résultats convaincants, mais limités au vu des objectifs de cette revue.
Chandra A, Glickman SW, Ou F, Peacock WF, McCord JK, Cairns CB, et al. An analysis of the association of society of chest pain centers accreditation to American College of Cardiology/American Heart Association non-ST-segment elevation myocardial infarction guideline adherence. Ann Emerg Med. 2009 Jul;54(1):17-25.	Base de données (analyse secondaire)			Adhésion aux recommandations ACC/AHA : faible mesure de résultats, du fait que SCPC accréditation est largement inspirée de ces recommandations. Biais dans la sélection des services de santé, reconnu par les auteurs. Comparaison des résultats cliniques pertinente cependant. Analyse et présentation des résultats claires et transparentes.

Tableau 2. Méthodes de collecte des données et analyse critique (suite)

Références	Méthode de collecte des données (1)	Méthode de collecte des données (2)	Méthode de collecte des données (3)	Commentaires sur la qualité
D'Aunno T, Pollack HA. Changes in methadone treatment practices: results from a national panel study, 1988-2000. JAMA. 2002 Aug 21;288(7):850-856.	Base de données (analyse secondaire)			Mesure de résultats pertinente : indépendante des critères d'accréditation. Échantillonnage, méthode, design, analyse rigoureux et transparents. Résultats convaincants. Pas de mesure d'impact sur les résultats. Cependant, démontre une association, non un impact de l'accréditation sur les bonnes pratiques. Pas de preuve d'amélioration des résultats pour les patients. Une seule mesure de résultats utilisée. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Dean Beaulieu N, Epstein AM. National Committee on Quality Assurance health-plan accreditation: predictors, correlates of performance, and market impact. Med Care. 2002 Apr;40(4):325-337.	Base de données (analyse secondaire)			Design, méthodologie et analyse rigoureux. Compte rendu transparent. Prises en compte des différences entre "health plan" et satisfaction des patients pertinentes. Discussion des limites pertinente. Résultats convaincants.
Dédale. Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé [Internet]. Paris: ministère de la Santé et des Sports; 2009. Available from: http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_general_gestion_des_risques_en_etablissements_de_sante_-_Dedale_2009.pdf	Questionnaires standardisés			Prise en compte d'autres démarches de gestion des risques et comparaisons pertinentes. Prise en compte de divers niveaux (micro/macro) pertinente. Questionnaires validés. Description de l'échantillon transparente, échantillonnage semble rigoureux. Pas d'analyse du biais de non-réponse cependant. Effet perçu seulement. Un seul questionnaire par établissement, seules les opinions des décideurs ont été prises en compte. L'accréditation n'est qu'un élément du questionnaire, qui porte sur les procédures de gestion des risques dans les établissements de santé, donc la portée de l'étude pour la revue reste relativement limitée. Résultats relativement convaincants.
Douquet F, Muñoz J. Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants : post-enquête conditions et organisation du travail dans les établissements de santé (2/5). Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2005.	Questionnaire standardisé (questions ouvertes)			Importante étendue et richesse des données et de l'analyse. Design et méthodologie rigoureux et choix adaptés. Grande transparence du design, méthodologie, contexte, analyse. Forte pertinence pour le contexte français. Objectifs clairs, résultats nuancés et convaincants. Choix des participants rigoureux et défendable. Résultats convaincants.
Doyle G, Grampp C. The cost of implementing accreditation: what are the benefits? Final report of the retrospective study. Health Information and Quality Authority; Irish Health Services Accreditation Board; 2008.	Entretiens semi-directifs (1-1 et groupe)	Questionnaire standardisé (en ligne et papier)	Analyse de documents liés à l'accréditation des hôpitaux étudiés	Revue de littérature et clarification de concepts en préalables pertinents. Transparence du rapport et dans la description des limites de l'étude. Triangulation méthodologique pertinente. Nombreuses citations riches sur l'accréditation, rapport détaillé et nuancé sur son impact. Cependant, pas d'analyse de la possible diversité des points de vue sur l'accréditation en fonction du rôle des professionnels impliqués. Les données de coûts, y compris la prise en compte d'une diversité de coûts intangibles, sont pertinentes. Cependant, le manque de données accessibles limite la portée de l'analyse sur le coût de l'accréditation, ainsi que le nombre restreint de cas étudiés. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Duckett SJ. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. Soc Sci Med. 1983;17(20):1573-1579.	Entretiens semi-directifs			Résultats : principalement perceptions. Mesures de résultats inspirées directement des critères d'accréditation. Manque de distinction claire entre effets perçus par les participants et observés. Rigueur du design et choix de méthode discutables. Cependant, comparaison pertinente entre 3 types d'établissements (y compris établissements qui ont postulé pour l'accréditation). Méthode et design relativement transparents. Richesse des données. Résultats convaincants dans l'ensemble.

Tableau 2. Méthodes de collecte des données et analyse critique (suite)

Références	Méthode de collecte des données (1)	Méthode de collecte des données (2)	Méthode de collecte des données (3)	Commentaires sur la qualité
El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. <i>Int J Qual Health Care</i> . 2008 Oct;20(5):363-371.	Questionnaire standardisé			Ne présente que l'effet perçu, pas de mesure sur les résultats. La variable indépendante accréditation a un effet positif, mais plus faible que toutes les autres variables indépendantes sur la variable qualité. Difficile d'isoler l'effet de l'accréditation sur les autres variables indépendantes (par ex. leadership, management de la qualité). Méthodologie et design transparents. Design du questionnaire rigoureux. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Fairbrother G, Gleeson M. EQULP accreditation: feedback from a Sydney teaching hospital. <i>Aust Health Rev</i> . 2000;23(1):153-162.	Questionnaire standardisé			Perceptions seules. Perceptions venant d'un seul hôpital. Manque de transparence sur raisons du choix de l'hôpital. L'interprétation reflète mal et/ou partiellement les résultats de l'étude (perceptions plus positives que l'interprétation des auteurs). De la transparence dans la présentation des résultats de l'enquête (tables). Faible rigueur générale. Portée des résultats limitée.
Gough LA, Reynolds TM. Is clinical pathology accreditation worth it? A survey of CPA-accredited laboratories. <i>Clin Perform Qual Health Care</i> . 2000;8(4):195-201.	Questionnaire standardisé			Pas de distinction entre laboratoires en cours d'accréditation et laboratoires accrédités dans l'analyse. Rarement plus d'un participant par laboratoire (5 %). Pas d'analyse de type "response bias" pour les établissements n'ayant pas répondu. Questionnaire et analyse succincts et relativement peu approfondis. Impact perçu seulement. Cependant, design et méthodologie transparents, relativement rigoureux. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Grachek MK. Reducing risk and enhancing value through accreditation: recent data indicate that accreditation has a quality impact that could be significant to risk management - Feature Article [Internet]. 2002 [cited 2010 May 18]; Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m3830/is_11_51/ai_94771511/pg_2/?tag=content;col1	Base de données (analyse secondaire de questionnaires standardisés)			Manque important de transparence dans la présentation de la méthodologie et des résultats de l'analyse. Analyse des données superficielle ; notamment ne présente pas l'utilisation d'outils statistiques pour identifier et évaluer les différences significatives entre établissements; pas de calcul de p-value. Pas de "weighting" des données reporté. Manque de prudence et de rigueur pour certains résultats et conclusions (notamment, preuve insuffisante pour effet cumulatif de l'accréditation). Par ailleurs, l'affiliation de l'auteur pose-t-elle problème quant aux résultats ? Cependant, l'échantillonnage semble valable. Prise en compte de résultats cliniques intéressante.
Grenade L, Boldy D. The accreditation experience: views of residential aged care providers. <i>Geriacton</i> . 2002;20:5-9.	Entretiens semi-directifs			Choix du design et méthode valables, présentation transparente et analyse rigoureuse. Nombreuses citations illustratives. Le choix des établissements semble rigoureux. Conclusions convaincantes et relativement nuancées. Cependant, léger manque de précision sur les caractéristiques des participants. Parfois manque de mise en contexte des citations en fonction des caractéristiques des établissements et/ou des participants. Rapport intermédiaire seulement. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Hadley TR, McGurrin MC. Accreditation, certification, and the quality of care in state hospitals. <i>Hosp Community Psychiatry</i> . 1988 Jul;39(7):739-742.	Base de données (analyse secondaire de questionnaire standardisés)			Fort manque de transparence sur le choix des indicateurs de qualité ; choix potentiellement discutable (admet cependant le caractère difficile et discutable de la définition de tels critères). Manque de transparence dans le design et méthodologie. Manque de rigueur et de profondeur de l'analyse statistique. Prise en compte de données de coût peut être pertinente, d'autant que peu fréquente. Relativement fort taux de réponses et taille de l'échantillon large par rapport à la population étudiée, mais pas de "response bias analysis".
Juul AB, Gluud C, Wetterslev J, Callesen T, Jensen G, Kofoed-Enevoldsen A. The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines. <i>Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv</i> . 2005;18(4-5):321-328.	Questionnaire standardisé			Mesure de résultats indépendante des critères d'accréditation, mais incertitude quant au caractère commun des deux critères. Pas de matching ou prise en compte des caractéristiques reportées entre hôpitaux accrédités et non accrédités. Manque de transparence sur le choix et les caractéristiques des participants, et présentation de certains résultats. Ne mesure pas l'adhésion aux recommandations, seulement leur nombre et fréquence (admis par auteurs). Cependant, mesures de dissémination et qualité des recommandations sont pertinentes, même si cette dernière est potentiellement discutable. Pas d'effet reporté sur les résultats cliniques. Résultats convaincants malgré certaines limites dans le design et la méthodologie.

Tableau 2. Méthodes de collecte des données et analyse critique (suite)

Références	Méthode de collecte des données (1)	Méthode de collecte des données (2)	Méthode de collecte des données (3)	Commentaires sur la qualité
Lancaster J, Braithwaite J, Greenfield D. Benefits of participating in accreditation surveying. <i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> . 2010;23(2):141-152.	Entretiens semi-directifs			Design et méthodologie transparents et rigoureux. Analyse relativement rigoureuse. Nombre réduit de participants (n = 3). La portée des résultats, notamment pour le contexte français, est incertaine. Impact perçu seulement. La discussion sur les limites est réduite. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Landon BE, Normand ST, Lessler A, O'Malley AJ, Schmaltz S, Loeb JM, et al. Quality of care for the treatment of acute medical conditions in US hospitals. <i>Arch Intern Med</i> . 2006 Dec 11;166(22):2511-2517.	Analyse secondaire de base de données			Similarité entre les critères d'accréditation et les mesure de résultats suspectée mais non explicitement mentionnée et/ou discutée par les auteurs. Manque parfois de transparence dans le design et l'analyse. Cependant, analyse rigoureuse. Certaines limites discutées. Résultats convaincants dans l'ensemble. Mesure d'association seulement.
Lau DT, Kasper JD, Potter DEB, Lyles A. Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: their scope and associated resident and facility characteristics. <i>Health Serv Res</i> . 2004 Oct;39(5):1257-1276.	Base de données (analyse secondaire de questionnaires standardisés)			Transparence et rigueur du design, méthodologie et analyse. Pertinence pour contexte français incertaine. Échantillon large et représentatif. Résultats convaincants. Pas de mesure d'impact, seulement association entre statut vis-à-vis de l'accréditation et résultats. Admet l'impossibilité de justifier si les résultats indiquent un effet de l'accréditation ou si les résultats s'expliquent par le fait que les établissements accrédités diffèrent quant à leur approche vis-à-vis de la variable dépendante.
Lemak CH, Alexander JA. Factors that influence staffing of outpatient substance abuse treatment programs. <i>Psychiatr Serv</i> . 2005 Aug;56(8):934-939.	Base de données (analyse secondaire)			Design et méthodologie transparents. Analyse rigoureuse. L'échantillonnage semble rigoureux. Ne mesure que l'association entre accréditation et la variable dépendante. Difficile d'identifier le véritable impact de l'accréditation en fonction des résultats de l'étude. Pour cette raison, certaines interprétations et conclusions manquent de prudence. Autrement, les résultats sont convaincants.
Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S. Hospital patient safety: characteristics of best-performing hospitals. <i>J Healthc Manag</i> . 2007 Jun;52(3):188-204; discussion 204-205.	Questionnaire standardisé			Manque de transparence sur l'échantillonnage. Échantillon relativement petit. Pas de <i>response bias analysis</i> . Caractère généralisable limité (admis) Pas de mesure d'impact, seulement association entre statut vis-à-vis de l'accréditation et résultats. Admet la difficulté de justifier si les résultats indiquent un effet de l'accréditation. Design transparent et relativement rigoureux, bonnes méthodologie et analyse. Pertinence pour contexte français limitée. Résultats relativement convaincants.
Lutfiyya MN, Sikka A, Mehta S, Lipsky MS. Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. <i>Int J Qual Health Care</i> . 2009 Apr;21(2):112-118.	Base de données (analyse secondaire)			Échantillon potentiellement biaisé (uniquement hôpitaux qui participent volontairement à <i>Hospital Compare</i>). Mesures des résultats non indépendantes des outils de certification. Aucune information sur les processus ou la mise en œuvre. Design et méthode relativement transparents et rigoureux autrement. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Mazmanian PE, Kreutzer JS, Devany CW, Martin KO. A survey of accredited and other rehabilitation facilities: education, training and cognitive rehabilitation in brain-injury programmes. <i>Brain Inj</i> . 1993 Aug;7(4):319-331.	Questionnaire standardisé			Pas de <i>response bias analysis</i> . Probablement peu de pertinence pour le contexte français. Peu de détails sur les caractéristiques des participants. Design et méthodologie relativement transparents, analyse descriptive claire. Méthode d'analyse peu élaborée. Résultats relativement convaincants mais limités par l'étendue de l'analyse.
Menachemi N, Chukmaitov A, Brown L, Saunders C, Brooks R. Quality of care in accredited and nonaccredited ambulatory surgical centers. <i>The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety</i> . 2008 Sep;34(9):546-551.	Questionnaire standardisé			Caractère généralisable limité. Pertinence pour le contexte français ? Design, méthodologie et analyse rigoureux et transparents. Mesures de résultats cliniques pertinentes. Résultats convaincants.

Tableau 2. Méthodes de collecte des données et analyse critique (suite)

Références	Méthode de collecte des données (1)	Méthode de collecte des données (2)	Méthode de collecte des données (3)	Commentaires sur la qualité
Muñoz J, Bertrand D, Raymond A. Conditions de travail et accréditation : Incidences dans l'activité de travail des professionnels de santé. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2007.	Questionnaire standardisé			Prise en compte de trois niveaux d'accréditation. Échantillon large et représentatif. Analyse étendue, riche et détaillée. Méthode d'analyse adaptée (notamment analyse des correspondances multiples). Identification et prise en compte de facteurs de qualité autres que l'accréditation/certification. Forte pertinence pour le contexte français. Transparence sur choix et emploi du design et méthode discutables cependant. Pas de mesure d'impact sur la qualité.
Niska RW, Burt CW. Emergency response planning in hospitals, United States: 2003-2004. Adv Data. 2007 Aug 20;(391):1-13.	Questionnaire standardisé			Méthode d'échantillonnage élaborée et convaincante. Cependant, analyse limitée et manque de transparence : notamment, pas de mesure de p-value. Design, méthodologie et analyse relativement rigoureux. Cependant, analyse statistique peu élaborée. Résultats relativement convaincants.
Niska RW, Burt CW. Training for terrorism-related conditions in hospitals: United States, 2003-04. Adv Data. 2006 Dec 11;(380):1-8.				
Pham HH, Coughlan J, O'Malley AS. The impact of quality-reporting programs on hospital operations. Health Aff (Millwood). 2006 Oct;25(5):1412-1422.	Base de données (analyse secondaire d'entretiens)			Porte sur la <i>quality reporting</i> , non spécifiquement sur l'accréditation. Échantillonnage transparent et convaincant (cependant : choix d'échantillons: seulement grands hôpitaux : risque de biais et justification du choix discutable). Pas de détails sur la méthode et les outils de l'analyse des données. Résultats non généralisables (admis par auteurs et valable) et pertinence pour le contexte français incertaine. Cependant, résultats pertinents et convaincants dans l'ensemble.
Pomey M, Contandriopoulos A, Francois P, Bertrand D. Implantation de l'accréditation en France : étude de la perception de l'impact de l'auto-évaluation en termes de changement organisationnel dans un centre hospitalier universitaire. Journal d'économie médicale. 2004;2004(5):255-272.	Entretiens semi-directifs (1-1 et groupe)	Analyse de documents (auto-évaluation, rapport d'accréditation)	Questionnaire standardisé, observation non systématique	Méthode et critères de sélection des cas pertinents. Transparence et pertinence du design, méthodologie et analyse. Choix des méthodes mixtes intéressant et pertinent. Pertinence pour le contexte français. Données riches. Cependant, introduction relativement peu développée. Pas de discussion/réflexion sur les limites de l'étude.
Pomey M, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos A. Does accreditation stimulate change? A study of the context and the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. Implement Sci. 2010 Apr 26;5(1):31.	Entretiens semi-directifs			Points positifs : transparence du design, méthodologie, contexte, analyse. Forte pertinence pour le contexte français. Analyse rigoureuse. Richesse des données. Résultats convaincants. Points négatifs : incohérence dans le rapport du timing des interviews : pendant ou après l'auto-évaluation ? Absence d'opinion des cadres supérieurs et infirmiers, pas de prise en compte de l'opinion des professionnels ne faisant pas partie de l'encadrement (admis par auteurs). Impact perçu seulement. Manque parfois de prudence quant au caractère généralisable des résultats.
Quality Assurance Project. The Zambia accreditation program evaluation. Operations research results [Internet]. 2005 [cited 2010 Apr 23]; Available from: http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/zambiacomplete.pdf	Questionnaire standardisé	Entretiens semi-directifs		Étude de faible qualité. Manque de transparence dans la définition des mesures de qualité. Manque de transparence dans le choix des participants. La perte de données et la fin abrupte du projet limitent la portée des résultats. Pertinence de la diversité des mesures de résultats. L'adhésion aux critères d'accréditation des établissements accrédités par rapport aux établissements non encore accrédités est une faible mesure d'impact. Différences majeures entre caractéristiques des hôpitaux accrédités et non accrédités. Faible pertinence pour le contexte français ?
Ross MA, Amsterdam E, Peacock WF, Graff L, Fesmire F, Garvey JL, Kelly K, Holmes H, Karunaratne M. Chest pain center accreditation is associated with better performance of centers for Medicare and Medicaid services core measures for acute myocardial infarction. Am J Cardiol. 2008 Jul 15;102(2):120-124.	Base de données (analyse secondaire)			Méthodologie relativement similaire à Chandra 2009. Manque de clarté concernant le degré de similarité entre les critères d'accréditation et les mesures AMI : le caractère convaincant des résultats en dépend en partie. Contrairement à Chandra, pas de comparaisons entre mesures de résultats cliniques. Analyse et présentation des résultats claires et transparentes. Le modèle prend en compte les caractéristiques propres aux hôpitaux et ajuste les résultats en fonction.

Tableau 2. Méthodes de collecte des données et analyse critique (suite)

Références	Méthode de collecte des données (1)	Méthode de collecte des données (2)	Méthode de collecte des données (3)	Commentaires sur la qualité
Salmon J, Heavens J, Lombard C, Tavrow P. The impact of accreditation on the quality of hospital care: Kwa-Zulu-Natal province, Republic of South Africa. <i>Operations Research Results</i> . 2003;2(17):56.	Observation systématique			L'adhésion aux recommandations COHSASA pour le groupe d'intervention est une faible mesure de résultats. Cependant, le choix de deux grilles d'évaluation, dont l'une déterminée par un groupe indépendant, est pertinent. L'emploi de mesures diverses (changement de pratiques, perceptions) est pertinent. Le choix et la procédure de sélection des groupes d'intervention et de contrôle sont justifiables et pertinents. Pas de mesure de résultats cliniques, mais les raisons de ce choix sont justifiées. Transparence du design, méthodologie, contexte et analyse. Pertinence pour le contexte français limitée ? Résultats relativement convaincants.
Scrivens E. Accreditation: protecting the professional or the consumer? Buckingham; Philadelphia: Open University Press; 1995.	Entretiens semi-directifs			Comparaisons entre deux types d'accréditation et types d'hôpitaux pertinentes. Données riches et nombreuses, bonne mise en contexte. Effets perçus seulement. Seuls les managers ont été interviewés. Manque de transparence vis-à-vis du design et de la méthodologie. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. <i>Am J Infect Control</i> . 2008 Apr;36(3):212-219.	Questionnaire standardisé			Questionnaire rempli à deux reprises, prenant en compte les établissements en cours d'accréditation. Transparence et rigueur du design, méthodologies et analyse des résultats. Manque de clarté quant au caractère commun entre critères d'accréditation et critères de résultats (le questionnaire semble en grande partie inspirer des critères d'accréditation). Pas de mesures de résultats de soins. Caractère généralisable des résultats limité aux hôpitaux universitaires (admis par auteurs). Pas d'analyse du biais de non-réponse malgré un taux de participation limité. Cependant, résultats convaincants dans l'ensemble.
Sierpińska L, Ksykiewicz-Dorota A. Selected determinants of the quality of hospital care. I. Accreditation and effectiveness of managing a therapeutic team. <i>Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med</i> . 2002;57(1):466-472.	Questionnaire standardisé			Étude de faible qualité. Manque de justification quant au choix des questions. Questionnaire et analyse superficiels. La comparaison entre un hôpital accrédité et non accrédité est pertinente, mais le caractère comparatif entre ces deux établissements n'est pas discuté.
Sierpińska L, Ksykiewicz-Dorota A. Selected determinants of the quality of hospital care. II. Managing a therapeutic team. <i>Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med</i> . 2002;57(1):473-480.				Étude de faible qualité. Manque de justification quant au choix des questions. Questionnaire et analyse superficiels. La distinction entre les perceptions des différents professionnels de santé est potentiellement intéressante, mais l'échantillonnage semble peu rigoureux. La comparaison entre un hôpital accrédité et non accrédité est pertinente, mais le caractère comparatif entre ces deux établissements n'est pas discuté.
Sierpińska L, Ksykiewicz-Dorota A. Selected determinants of the quality of hospital care. III. Scope of duties, authorization and responsibility among members of a therapeutic team. <i>Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med</i> . 2002;57(1):481-488.				Étude de faible qualité. Manque de justification quant au choix des questions. Questionnaire et analyse superficiels. La question portant sur la distribution des responsabilités est intéressante, même si traitée de manière relativement superficielle. La comparaison entre un hôpital accrédité et non accrédité est pertinente, mais le caractère comparatif entre ces deux établissements n'est pas discuté.
Stradling D, Yu W, Langdorf ML, Tsai F, Kostanian V, Hasso AN, Welbourne SJ, Schooley Y, Fisher MJ, Cramer SC. Stroke care delivery before vs after JCAHO stroke center certification. <i>Neurology</i> . 2007 Feb 6;68(6):469-470.	Analyse de documents			Peu de clarté et de transparence dans le rapport des résultats. Analyse peu rigoureuse. Manque de clarté concernant le degré de similarité entre les critères d'accréditation et les mesures de résultats. Pas de mesure de résultats cliniques. Manque de transparence sur choix du cas. Manque de clarté sur méthodes statistiques employées pour l'analyse. Manque général de transparence (méthode, analyse, résultats). Taille de l'échantillon réduit. Faible qualité générale.

Tableau 2. Méthodes de collecte des données et analyse critique (suite)

Références	Méthode de collecte des données (1)	Méthode de collecte des données (2)	Méthode de collecte des données (3)	Commentaires sur la qualité
Suñol R, Vallejo P, Thompson A, Lombarts MJMH, Shaw CD, Klazinga N. Impact of quality strategies on hospital outputs. Qual Saf Health Care. 2009 Feb;18 Suppl 1:i62-68.	Questionnaire			Conclusion sur les effets de l'accréditation/certification et index de pression extérieure plus positive que les résultats ne le suggèrent ? (seulement 11/36 corrélations avec $p < 0.05$, aucune corrélation significative avec impact dans les secteurs chirurgie et maternité). Par ailleurs, l'interprétation de ces conclusions nécessite-t-elle plus de prudence du fait de la taille de l'échantillon pour cette analyse ($n = 89$) ? De plus, mesures sur "output", non résultats. Points positifs : isole et compare différents types d'accréditation, distinction entre mesure de résultats et critères d'accréditation propres aux pays étudiés. Design et méthode rigoureux, pertinents et transparents.
Tan K, Chang SAE, Soh VCH, Thamboo TP, Nilsson B, Chan NHL. Quality indices in a cervicovaginal cytology service: before and after laboratory accreditation. Arch. Pathol. Lab. Med. 2004 Mar;128(3):303-307.	Base de données (analyse secondaire)			Analyse statistique limitée par taille de l'échantillon et simplicité du modèle. Pas de réelle prise en compte d'autres facteurs ayant potentiellement affecté les résultats. Manque de clarté concernant le degré de similarité entre les critères d'accréditation et les mesures de résultats. "Blinding" des chercheurs pour l'analyse des résultats pertinent. Transparence (design, méthodologie, contexte et analyse). Objectifs clairs, analyse détaillée et relativement rigoureuse.
Verstraete A, van Boeckel E, Thys M, Engelen F. Attitude of laboratory personnel towards accreditation. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 1998;11(1):27-30.	Questionnaire standardisé			Échantillon de petite taille. Manque de transparence sur le choix des participants. Non généralisable. Méthode d'analyse et analyse limitées. Résultats relativement convaincants mais limites méthodologiques non négligeables et portée des résultats limitée.
Weeks W, Schmidek M, Wallace A, Dimick J. Do JCAHO accredited hospitals perform better on quality measures? An analysis of process-of-care measures and surgical indicators [Internet]. 2007 Nov 3 [cited 2010 Jun 1]; Available from: http://apha.confex.com/apha/135am/techprogram/paper_152881.htm	Analyse secondaire de base de données			Fort manque de transparence dans le compte rendu général, (notamment dû au format : présentation powerpoint). Taille de l'échantillon relativement importante, mais manque de précision sur les méthodes et biais de sélection. Pas de discussion des limites de l'étude. Nombreuses données, mais peu d'analyse. Résultats peu convaincants au vu du manque de transparence du compte rendu.
Wells R, Lemak CH, Alexander JA, Nahra TA, Ye Y, Campbell CI. Do licensing and accreditation matter in outpatient substance abuse treatment programs? J Subst Abuse Treat. 2007 Jul;33(1):43-50.	Analyse secondaire de base de données			Design, méthodologie et analyse relativement rigoureux dans l'ensemble. Échantillon semble représentatif. Transparence dans les données et analyse. Pertinence pour contexte français limitée ? Quelques limitations discutées. Résultats convaincants dans l'ensemble.
Wineman NV, Braun BI, Barbera JA, Loeb JM. Assessing the integration of health center and community emergency preparedness and response planning. Disaster Med Public Health Prep. 2007 Nov;1(2):96-105.	Analyse secondaire de base de données			Design, méthodologie et analyse relativement rigoureux dans l'ensemble. Échantillon semble représentatif. Transparence dans les données et analyse. Pertinence pour contexte français limitée ? Quelques limitations discutées. Résultats convaincants dans l'ensemble.

Annexe 3. Liste bibliographique des études incluses

Abdelmoumène N, Burnel P. Deuxième procédure de certification des établissements de santé. Impact des recommandations de la V1. *Gestions Hosp* 2006;(460):6.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Rapport d'activité 2003. St-Denis La Plaine: Anaes;2003.

Al Tehewy M, Salem B, Habil I, El Okda S. Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: short-term outcomes. *Int J Qual Health Care* 2009;21(3):183-9.

Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Arch Intern Med* 2002;162(16):1897-903.

Beaumont M. L'agrément : un agent moteur de développement des capacités, d'apprentissage collectif et de socialisation. Une étude de cas en profondeur dans un hôpital privé saoudien. Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de doctorat en santé publique. 2008.

Benson L, Boyd A, Walshe K. Learning from CHI: the impact of healthcare regulation [Internet]. 2004 Mar [cited 2009 Jun 1]; Available from: http://epsoweb.eu/mediapool/72/723588/data/brussel/Report_-_Learning_from_CHI_-_The_impact_of_healthcare_regulation.pdf

Berthelier C. L'accueil du patient en néphrologie avant et après l'accréditation. Mémoire présenté à l'Institut de formation des cadres de santé pour l'obtention du diplôme de cadre de santé. 2002.

Brannigan R, Schackman BR, Falco M, Millman RB. The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: results of an in-depth national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(9):904-9.

Braun BI, Owens LK, Bartman BA, Berkeley L, Wineman N, Daly CA. Quality-related activities in federally supported health centers: do they differ by organizational characteristics? *J Ambul Care Manage* 2008;31(4):303-18.

Bruneau C, Obrecht O, Lachenaye-Llanas C. Le point sur l'accréditation : une enquête nationale auprès de diverses catégories de professionnels de santé. *Gestions Hosp* 2003;(422):13-7.

Bruneau C. À quoi sert l'accréditation ? *Décision Santé*. 2006 Jan 17;(221).

Bukonda N, Tavrow P, Abdallah H, Hoffner K, Tembo J. Implementing a national hospital accreditation program: the Zambian experience. *Int J Qual Health Care* 2002;14(Suppl 1):7-16.

Casey M, Moscovice I, Davidson G. Pharmacist staffing and the use of technology in small rural hospitals: implications for medication safety [Internet]. Minneapolis: Upper Midwest Rural Health Research Center; 2005. Available from: http://www.uppermidwestrhc.org/pdf/medication_safety.pdf

Chandra A, Glickman SW, Ou F, Peacock WF, McCord JK, Cairns CB, et al. An analysis of the association of society of chest pain centers accreditation to American College of Cardiology/American Heart Association non-ST-segment elevation myocardial infarction guideline adherence. *Ann Emerg Med* 2009;54(1):17-25.

D'Aunno T, Pollack HA. Changes in methadone treatment practices: results from a national panel study, 1988-2000. *JAMA* 2002;288(7):850-6.

Dean Beaulieu N, Epstein AM. National Committee on Quality Assurance health-plan accreditation: predictors, correlates of performance, and market impact. *Med Care* 2002;40(4):325-37.

Dédale. Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques en établissement de santé [Internet]. Paris: ministère de la Santé et des Sports; 2009. Available from: http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_general_gestion_des_risques_en_etablissements_de_sante_-_Dedale_2009.pdf

Douguet F, Muñoz J. Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants : post-enquête conditions et organisation du travail dans les établissements de santé (2/5). Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2005.

- Doyle G, Grampp C. The cost of implementing accreditation: what are the benefits? Final report of the retrospective study. Cork:Health Information and Quality Authority; Irish Health Services Accreditation Board; 2008.
- Duckett SJ. Changing hospitals: the role of hospital accreditation. *Soc Sci Med* 1983;17(20):1573-9.
- El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. *Int J Qual Health Care* 2008;20(5):363-71.
- Fairbrother G, Gleeson M. EQUiP accreditation: feedback from a Sydney teaching hospital. *Aust Health Rev* 2000;23(1):153-62.
- Gough LA, Reynolds TM. Is clinical pathology accreditation worth it? A survey of CPA-accredited laboratories. *Clin Perform Qual Health Care* 2000;8(4):195-201.
- Grachek MK. Reducing risk and enhancing value through accreditation: recent data indicate that accreditation has a quality impact that could be significant to risk management - Feature Article [Internet]. 2002 [cited 2010 May 18]; Available from: http://findarticles.com/p/articles/mi_m3830/is_11_51/a_94771511/
- Grenade L, Boldy D. The accreditation experience: views of residential aged care providers. *Geriacton*. 2002;20:5-9.
- Hadley TR, McGurrin MC. Accreditation, certification, and the quality of care in state hospitals. *Hosp Community Psychiatry* 1988;39(7):739-42.
- Juul AB, Gluud C, Wetterslev J, Callesen T, Jensen G, Kofoed-Enevoldsen A. The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. 2005;18(4-5):321-8.
- Lancaster J, Braithwaite J, Greenfield D. Benefits of participating in accreditation surveying. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2010;23(2):141-152.
- Landon BE, Normand ST, Lessler A, O'Malley AJ, Schmaltz S, Loeb JM, et al. Quality of care for the treatment of acute medical conditions in US hospitals. *Arch Intern Med* 2006;166(22):2511-7.
- Lau DT, Kasper JD, Potter DEB, Lyles A. Potentially inappropriate medication prescriptions among elderly nursing home residents: their scope and associated resident and facility characteristics. *Health Serv Res* 2004;39(5):1257-76.
- Lemak CH, Alexander JA. Factors that influence staffing of outpatient substance abuse treatment programs. *Psychiatr Serv* 2005;56(8):934-9.
- Longo DR, Hewett JE, Ge B, Schubert S. Hospital patient safety: characteristics of best-performing hospitals. *J Healthc Manag* 2007;52(3):188-204; discussion 204-5.
- Lutfiyya MN, Sikka A, Mehta S, Lipsky MS. Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. *Int J Qual Health Care* 2009;21(2):112-8.
- Mazmanian PE, Kreutzer JS, Devany CW, Martin KO. A survey of accredited and other rehabilitation facilities: education, training and cognitive rehabilitation in brain-injury programmes. *Brain Inj* 1993;7(4):319-31.
- Menachemi N, Chukmaitov A, Brown L, Saunders C, Brooks R. Quality of care in accredited and nonaccredited ambulatory surgical centers. *Joint Comm J Qual Patient Saf* 2008;34(9):546-51.
- Muñoz J, Bertrand D, Raymond A. Conditions de travail et accréditation : incidences dans l'activité de travail des professionnels de santé. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2007.
- Niska RW, Burt CW. Emergency response planning in hospitals, United States: 2003-2004. *Adv Data*. 2007;(391):1-13.
- Niska RW, Burt CW. Training for terrorism-related conditions in hospitals: United States, 2003-04. *Adv Data*. 2006;(380):1-8.
- Pham HH, Coughlan J, O'Malley AS. The impact of quality-reporting programs on hospital operations. *Health Aff* 2006;25(5):1412-22.
- Pomey M, Contandriopoulos A, François P, Bertrand D. Implantation de l'accréditation en France : étude de la perception de l'impact de l'auto-évaluation en termes de changement organisationnel dans un centre hospitalier universitaire. *J Econ Méd* 2004(5):255-72.

Pomey M, Lemieux-Charles L, Champagne F, Angus D, Shabah A, Contandriopoulos A. Does accreditation stimulate change? A study of the context and the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implement Sci* 2010;5(1):31.

Quality Assurance Project. The Zambia accreditation program evaluation. Operations research results [Internet]. 2005 [cited 2010 Apr 23]; Available from: http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/zambia_complete.pdf

Ross MA, Amsterdam E, Peacock WF, Graff L, Fesmire F, Garvey JL, Kelly K, Holmes H, Karunaratne M. Chest pain center accreditation is associated with better performance of centers for Medicare and Medicaid services core measures for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2008;102(2):120-4.

Salmon J, Heavens J, Lombard C, Tavrow P. The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal province, Republic of South Africa. *Operations Research Results*. 2003;2(17):56.

Scrivens E. Accreditation: protecting the professional or the consumer? Philadelphia: Open University Press; 1995.

Sekimoto M, Imanaka Y, Kobayashi H, Okubo T, Kizu J, Kobuse H. Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. *Am J Infect Control* 2008;36(3):212-9.

Sierpińska L, Ksykiewicz-Dorota A. Selected determinants of the quality of hospital care. I. Accreditation and effectiveness of managing a therapeutic team. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med* 2002;57(1):466-72.

Sierpińska L, Ksykiewicz-Dorota A. Selected determinants of the quality of hospital care. II. Managing a therapeutic team. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med*. 2002;57(1):473-80.

Sierpińska L, Ksykiewicz-Dorota A. Selected determinants of the quality of hospital care. III. Scope of duties, authorization and responsibility among members of a therapeutic team. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med* 2002;57(1):481-8.

Stradling D, Yu W, Langdorf ML, Tsai F, Kostanian V, Hasso AN, Welbourne SJ, Schooley Y, Fisher MJ, Cramer SC. Stroke care delivery before vs after JCAHO stroke center certification. *Neurology* 2007;68(6):469-70.

Suñol R, Vallejo P, Thompson A, Lombarts MJMH, Shaw CD, Klazinga N. Impact of quality strategies on hospital outputs. *Qual Saf Health Care* 2009;18(Suppl 1):i62-8.

Tan K, Chang SAE, Soh VCH, Thamboo TP, Nilsson B, Chan NHL. Quality indices in a cervicovaginal cytology service: before and after laboratory accreditation. *Arch Pathol Lab Med* 2004;128(3):303-7.

Verstraete A, van Boeckel E, Thys M, Engelen F. Attitude of laboratory personnel towards accreditation. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1998;11(1):27-30.

Weeks W, Schmidek M, Wallace A, Dimick J. Do JCAHO accredited hospitals perform better on quality measures? An analysis of process-of-care measures and surgical indicators [Internet]. 2007 Nov 3 [cited 2010 Jun 1]; Available from: http://apha.confex.com/apha/135am/techprogram/paper_152881.htm

Wells R, Lemak CH, Alexander JA, Nahra TA, Ye Y, Campbell CI. Do licensing and accreditation matter in outpatient substance abuse treatment programs? *J Subst Abuse Treat* 2007;33(1):43-50.

Wineman NV, Braun BI, Barbera JA, Loeb JM. Assessing the integration of health center and community emergency preparedness and response planning. *Disaster Med Public Health Prep*



www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax. : +33 (0) 1 55 93 74 00