



AGRÉMENT CANADA



*Force motrice de la qualité des services de santé*

## L'utilité et les répercussions de l'agrément dans le milieu des soins de santé : analyse documentaire

**Wendy Nicklin**

Présidente-directrice générale

Mise à jour : Juillet 2011



ACCREDITATION CANADA  
AGRÉMENT CANADA

[www.accreditation.ca](http://www.accreditation.ca)

Agréé par ISQua

# **L'utilité et les répercussions de l'agrément dans le milieu des soins de santé : analyse documentaire**

Publié par Agrément Canada.

Tous droits réservés.

Aucune partie du présent ouvrage ne peut être reproduite, sous quelque forme (électronique, mécanique) ou par quelque procédé (photocopie, enregistrement) que ce soit sans l'autorisation écrite d' Agrément Canada.

© Agrément Canada, 2008 (Mise à jour : Juillet 2011)



**ACCREDITATION CANADA**  
**AGRÉMENT CANADA**

*Driving Quality Health Services*  
*Force motrice de la qualité des services de santé*

[www.accreditation.ca](http://www.accreditation.ca)

# Introduction

Le présent document résume les résultats de la recherche documentaire sur l'utilité et les répercussions de l'agrément dans le milieu des soins de santé. Vous y trouverez des résultats et des conclusions de recherche, des ouvrages à distribution interne et des articles fondés sur l'expérience.

L'agrément est un processus d'évaluation efficace, reconnu à l'échelle internationale, et utilisé pour évaluer et améliorer la qualité, le rendement et l'efficacité des organismes de soins de santé. Bref, le programme d'agrément part du principe que la conformité à des normes fondées sur des données probantes mène à des services de soins de santé de plus grande qualité dans un milieu plus sécuritaire. Il s'agit également d'une façon de reconnaître publiquement qu'un organisme de soins de santé a su se conformer aux normes nationales de qualité. (Pomey, 2005).

Le processus d'agrément fait partie intégrante des systèmes de soins de santé dans plus de 70 pays (Greenfield et Braithwaite, 2009), et l'International Society for Quality in Health Care (ISQua) est l'organisme international associé le plus important. Dans certaines régions, l'agrément des organismes de soins de santé demeure volontaire, et dans d'autres, le processus est maintenant exigé par le gouvernement (Pomey, 2010). Sa croissance rapide au cours des 40 dernières années est attribuable en partie aux reportages des médias sur d'importantes insuffisances en matière de qualité et de sécurité dans les services de soins de santé, et à une augmentation de l'accent mis sur la sécurité des patients.

La plupart des programmes d'agrément des soins de santé des organismes d'agrément sont composés d'évaluations périodiques ou cycliques des pratiques organisationnelles et cliniques, et de l'évaluation du rendement des organismes de santé par rapport à des normes préétablies fondées sur des données probantes. Cela se fait habituellement au moyen d'auto-évaluations, de visites d'agrément et d'entrevues menées par les visiteurs, et d'une étude minutieuse des données et des documents administratifs et cliniques. Ce processus aboutit en général à la remise d'un rapport d'agrément et d'un avis portant sur la décision de décerner ou non l'agrément à l'organisme.

---

*Nous tenons à remercier sincèrement Emilia Nowakowska, qui a contribué à ce document pendant sa résidence dans le cadre de sa M.G.S.S. chez Agrément Canada.*

## Amélioration de la qualité

Les niveaux d'amélioration sont intégrés au processus d'agrément des soins de santé. D'abord, les normes incitent les organismes à répondre à des critères particuliers. Ensuite, les organismes d'agrément revoient leurs normes au fil du temps afin qu'elles soient fondées sur les résultats les plus récents de la recherche et les meilleures pratiques reconnues. Ces deux éléments mènent à des efforts d'amélioration continue de la qualité. Le but est de contribuer à la prestation de services de santé de haute qualité et sécuritaires, et d'améliorer les résultats en matière de santé des patients. (Braithwaite, 2010).

Une action récente (*More c. Bauer Nike Hockey Inc., 2010*) exerce une pression accrue sur les organismes qui établissent des normes afin de garantir que leurs normes sont actuelles. Ce cas reconnaît que les organismes d'agrément peuvent être responsables si leurs normes accusent du retard sur les connaissances actuelles.

## Les avantages de l'agrément

- Offre un cadre conceptuel pour aider à élaborer et à mettre en œuvre des systèmes et des processus qui améliorent l'efficacité opérationnelle et qui permettent d'obtenir des résultats positifs en matière de santé. (LTCQ, Inc., 2002; Salmon, 2003; René, 2006; Davis, 2007; Greenfield et Braithwaite, 2008; Lanteigne, 2009)
- Améliore la communication et la collaboration à l'interne et avec les partenaires externes. (René, 2006; Bird, 2006; Werner, 2005; Greenfield et Travaglia, 2007; Gluck, 2001; Heaton, 2000; El-Jardali, 2008)
- Renforce l'efficacité de l'équipe interdisciplinaire. (Pomey, Lemieux-Charles, 2010; Sutherland, 2006; NCQA, 2007; Simons, 2002; Shaw, 2003; El-Jardali, 2008)
- Démontre une crédibilité et un engagement à l'endroit de la qualité et de la reddition de comptes. (Baldi, 2000; Griffith, 2002; Salmon, 2003; Devers, 2004; Mays, 2004; Sutherland, 2006; Beaumont, 2008; Greenfield, Pawsey et Braithwaite, 2008; Auras et Geraedts, 2010; Peter, Rotz, Blair, Khine, Freeman et Murtagh, 2010)
- Réduit les coûts associés à la responsabilité; cerne les secteurs nécessitant un financement supplémentaire pour les organismes de soins de santé, et fournit une plateforme pour négocier ce financement. (Mays, 2004; Gluck, 2001; Baskind, 2010; Peter, 2010)
- Atténue le risque d'événements indésirables. (Pagliarulo, 1986; Grachek, 2002; Griffith, 2002; LTCQ, Inc., 2002; Simons, 2002; Chen, 2003; Leatherman, 2003; Salmon, 2003; Mays, 2004; René, 2006)

- Favorise l'amélioration de la qualité et du rendement de l'organisme. (Chen, 2003; Leatherman, 2003; El-Jardali, 2008; Lanteigne, 2009)
- Permet une auto-analyse continue du rendement par rapport aux normes. (Mays, 2004; Montagu, 2003; Sutherland, 2006; Werner, 2005; Greenfield et Travaglia, 2007; Newhouse, 2006; Pagliarulo, 1986; Beaumont, 2008)
- Assure un niveau de qualité acceptable parmi les prestataires de soins de santé. (LTCQ Inc., 2002; Montagu, 2003; Mays, 2004; René, 2006)
- Améliore la compréhension des organismes à l'égard du continuum de soins. (LTCQ, Inc., 2002)
- Améliore la réputation des organismes aux yeux des utilisateurs finaux et fait ressortir pour ces derniers leur sensibilisation à la qualité des soins et leur perception de celle-ci, (Montagu, 2003; Mays, 2004; Bird, 2005; René, 2006; El-Jardali, 2008; Greenfield, Pawsey et Braithwaite, 2008), ainsi que leur degré de satisfaction générale. (Al Tehewy, 2009)
- Favorise le renforcement des capacités, le perfectionnement professionnel et l'apprentissage au sein de l'organisme. (Pagliarulo, 1986; Baldi, 2000; Gluck, 2001; LTCQ, Inc., 2002; Montagu, 2003; Shaw, 2003; Mays, 2004; Pomey, 2005; Newhouse, 2006; René, 2006; Beaumont, 2008; Greenfield et Braithwaite, 2008; Touati et Pomey, 2009; Hahn Severance, 2009; Lanteigne, 2009)
- Codifie les politiques et les procédures. (Simons, 2002; Devers, 2004; Bird, 2005; Touati, 2008; Peer, 2000)
- Réduit les variations dans la pratique entre les prestataires de soins de santé et les décideurs. (Salmon, 2003; Lewis, 2007)
- Offre aux organismes de soins de santé une vision bien définie pour les activités durables d'amélioration de la qualité. (Peter, 2010; Baskind, 2010)
- Favorise les activités durables d'amélioration de la qualité et relève continuellement la barre en ce qui concerne les projets, les politiques et les processus d'amélioration de la qualité. (Chen, 2003; Leatherman, 2003; Montagu, 2003; Salmon, 2003; Mays, 2004; Sutherland 2006; El-Jardali, 2008; Greenfield et Braithwaite; 2008; Lanteigne, 2009; Baskind, 2010; Peer, 2000)
- Mène à l'amélioration des pratiques internes. (Pomey, 2010)
- Améliore la conformité des organismes de soins de santé aux normes de qualité et de sécurité. (Al Tehewy, 2009; Peter, 2010)
- Améliore les résultats en matière de santé des patients. (Thornlow et Merwin, 2009)
- Offre une occasion de promouvoir le travail d'équipe auprès des membres du personnel, et améliore leur compréhension des fonctions de leurs collègues. (Davis, 2007)
- Aide à comprendre la façon dont le travail de chaque personne contribue à la mission et aux services de l'organisme de soins de santé. (Davis, 2007)

- Contribue à une plus grande satisfaction face au travail chez les médecins, les membres du personnel infirmier et d'autres prestataires. (Lin, 2008; Al Tehewy, 2009)
- Crée une réaction en chaîne, voulant que l'agrément d'un service aide à améliorer le rendement d'autres secteurs de services. (Peter, 2010)
- Fait ressortir les pratiques qui fonctionnent bien. (Baskind, 2010)
- Favorise l'échange de politiques, de procédures et de meilleures pratiques entre les organismes de soins de santé. (Davis, 2007)

## Éléments de l'agrément nécessitant une étude approfondie

- Recueillir des données par le biais de l'agrément; s'assurer qu'elles sont complètes et exactes. (Lewis, 2007; Pagliarulo, 1986)
- Mettre l'accent sur l'uniformité et la conformité aux normes plutôt que sur le rendement et l'innovation de chaque organisme. (Lewis, 2007)
- Besoin d'une recherche qui démontre un lien étroit entre le statut d'agrément et les résultats des clients. (Dean Beaulieu, 2002; Barker, 2002; Greenfield et Braithwaite, 2009; Greenfield, Pawsey et Braithwaite, 2009)
- Obtention de résultats intangibles; des résultats plus complets sont nécessaires. (Lewis, 2007; Mays, 2004; Miller, 2005)
- Il faut une certaine uniformité dans l'approche des visiteurs.
- Il faut réduire la charge de travail exigée par le processus d'agrément.
- Participation du médecin et du patient à l'amélioration de la qualité et à l'agrément des soins de santé. (Pomey, 2010; Braithwaite, 2010)
- Autres méthodes pour évaluer et assurer la qualité (p. ex., la technologie de l'information et les mesures de rendement). (Lewis, 2007; René, 2006; Griffith, 2002; Miller, 2005)

## Tendances et innovations récentes dans l'agrément des soins de santé

Visites imprévues : Le client ne sait pas quand aura lieu ce type de visite. On croit que ces visites ont de nombreux avantages comparativement aux visites traditionnelles prévues, et elles sont de plus en plus populaires dans les organismes d'agrément (Greenfield et Braithwaite, 2009). Greenfield et Braithwaite (2008) n'ont pu trouver de données empiriques systématiques ou rigoureuses prouvant les avantages présumés de ces visites.

Sondages sur la satisfaction des patients : Les organismes d'agrément demandent de plus en plus de sondages sur la satisfaction des patients dans le cadre de leur processus d'agrément. Il est intéressant de constater que les résultats ne semblent pas avoir de répercussions importantes sur les décisions relatives à l'agrément prises au bout du compte par les organismes d'agrément. (Auras et Geraedts, 2010).

Agrément des organismes régionaux : Il est de plus en plus courant de demander l'agrément pour tous les organismes de santé d'une région, en même temps que l'on se dirige vers une approche fondée sur la santé de la population. Dans certains cas, l'agrément volontaire est remplacé par des modèles d'agrément des soins de santé exigés par le gouvernement. De nombreux pays de l'Europe de l'Est commencent à utiliser l'agrément comme un prolongement du permis obligatoire pour les établissements de soins de santé. (Shaw, 2003).

## Nécessité de faire d'autres recherches

La science de l'agrément est encore en élaboration (Miller, 2005). Les programmes d'agrément sont variés sur le plan de l'approche et du contenu; les comparaisons sont donc parfois difficiles à établir ou inappropriées (Shaw, 2003). Malgré qu'il n'y ait pas de preuve concluante en ce qui concerne la répercussion directe du processus d'agrément sur les résultats des clients, la recherche indique qu'en renforçant l'efficacité de l'équipe interdisciplinaire et la communication, tout en mettant l'accent sur l'utilisation des indicateurs menant à la prise de décisions fondées sur des données probantes, le processus d'agrément contribue à améliorer les résultats en matière de santé (Beaumont, 2002).

Peu d'études ont tenté de tirer des inférences causales au sujet de l'incidence directe de l'agrément sur les résultats en matière de santé des patients, alors il est justifié d'effectuer d'autres recherches. À cette fin, le « modèle structure, processus, résultats » de Donabedian ou le *Quality Health Outcomes Model (QHOM)* qui en découle pourrait s'avérer particulièrement utile (Thornlow et Merwin, 2009).

## Tendance vers l'agrément obligatoire

Certains pays sont passés à un agrément exigé par le gouvernement. Au Canada, l'agrément est obligatoire au Québec (organismes de soins de santé publics et privés) (gouvernement du Québec, 2011) et en Alberta (gouvernement de l'Alberta, ministère de la Santé et du Mieux-être, 2008). D'autres provinces, telles que le Manitoba, envisagent cette option. Le Conseil canadien de la santé a recommandé que l'agrément soit obligatoire, tel qu'il est noté dans bon nombre de ses rapports au cours des dernières années (Conseil canadien de la santé, 2008; Conseil canadien de la santé, 2006). L'organisme Qualité des services de santé Ontario (anciennement le Conseil ontarien de la qualité des services de santé) a également recommandé que l'agrément soit obligatoire (Conseil ontarien de la qualité des services de santé, 2007).

## Transparence des décisions relatives à l'agrément

Les résultats des visites d'agrément dans les organismes de soins de santé devraient-ils être rendus publics? Kim (2011) a prétendu que les règles normalisées de l'économie, en particulier celles concernant les marchés libres, devraient s'appliquer au système de soins de santé étant donné que cela motiverait les organismes de santé à améliorer la qualité et la sécurité de leurs services de soins de santé. Cette tendance est constatée dans certains pays (p. ex., les Pays-Bas).

## Conclusion

Dans l'ère actuelle de responsabilité financière accrue, de transparence, de reddition de comptes et de l'augmentation de la complexité des soins de santé et des risques qui leur sont associés, l'agrément contribue à garantir que les soins sont conformes aux normes les plus élevées en matière de prise de décisions et de prestation. L'agrément peut servir de stratégie d'atténuation des risques, et il peut également évaluer le rendement. Il donne aux principaux partenaires une analyse impartiale et objective d'une tierce partie. Il peut devenir un outil de gestion qui aide à repérer les points forts et les possibilités d'amélioration, ainsi qu'à faciliter la fusion des organismes de soins de santé en favorisant l'émergence d'une identité, d'une culture et de pratiques organisationnelles communes (Pomey, 2010).

Les organismes qui participent au processus d'agrément confirment leur engagement à l'égard de l'amélioration de la qualité, de l'atténuation des risques, de la sécurité des patients, d'une efficacité accrue et de la reddition de comptes. Ils communiquent un message puissant aux décideurs clés et au public. Cette mesure de rendement contribue à la durabilité du système de soins de santé.

Les organismes d'agrément occupent une place unique qui leur permet d'effectuer un examen exhaustif des défis et des succès des organismes de soins de santé; ils sont également en mesure de cerner les thèmes et les tendances dans la prestation des services de santé. Les données recueillies par le biais du programme d'agrément sont considérées comme une ressource précieuse pour les prestataires de soins de santé, les décideurs, les gouvernements et d'autres organismes de leadership en matière de soins de santé, puisqu'elles contribuent à une prise de décisions efficace et efficiente afin de garantir une amélioration continue de la qualité et de réduire les coûts en atténuant les risques.

## Références

1. Al Tehewy, M., Salem, B., Habil, I & El Okda, S. (2009). Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in Egypt: Short-term outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 21, 183–189.
2. Auras, S., & Geraedts, M. (2010). Patient experience data in practice accreditation – An international comparison. *International Journal for Quality in Health Care*, 22, 132–139.
3. Baldi, G., Burani, M., Ghirelli, L., & De Pietri, S. (2000). Certification of an emergency department according to UNI EN ISO 9002 criteria. *European Journal of Emergency Medicine*, 7, 61–66.
4. Barker, K.N., Flynn, E.A., Pepper, G.A., Bates, D.W., & Mikeal, R.L. (September 2002). Medication errors observed in 36 health care facilities. *Archives of Internal Medicine*, 162: pp 1897 – 1903.
5. Baskind, R., Kordowicz, M., & Chaplin, R. (2010). How does an accreditation programme drive improvement on acute inpatient mental health wards? An exploration of members' views. *Journal of Mental Health*, 19, 405–411.
6. Beaumont, M. (2002). Recherche sur l'efficacité du programme d'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé: Méthodologie et resultants. *Maîtrise en administration des services de santé*: Faculté de médecine, Université de Montréal. Montréal, QC.
7. Beaumont, M. (2008). *L'agrément : Un agent moteur de développement des capacités, d'apprentissage collectif et de socialisation*. Doctorat en administration des services de santé. Montréal : Faculté de médecine, Université de Montréal.
8. Bird, S. M., Cox, D., Farewell, V. T., Goldstein, H., Holt, T., & Smith, P. C. (2005). Performance indicators: Good, bad, and ugly. *Journal of the Royal Statistical Society*, 168, 1–27.
9. Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M., Gibberd, R. et al. (2010). Health service accreditation as a predictor of clinical and organizational performance: A blinded, random, stratified study. *Quality and Safety in Health Care*, 19, 14–21.
10. Braithwaite, J., Westbrook, J., Pawsey, M., Greenfield, D., Naylor, J., Iedema, R., Runciman, B., Redman, S., Jorm, C., Robinson, M., Nathan, S., & Gibberd, R. (12 September 2006). A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organizational design for researching health sector accreditation. *BioMed Central Health Services Research*, 6: p 113.
11. Chen, J., Rathore, S. S., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2003). JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Affairs*, 22, 243–254.

12. Davis, M.V., Reed, J., Devlin, L. M., Michalak, C. L., Stevens, R., & Baker, E. (2007). The NC accreditation learning collaborative: Partners enhancing local health department accreditation. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13, 422–426.
13. Dean Beaulieu, N., & Epstein, A.M. (April 2002). National Committee on Quality Assurance Health-Plan Accreditation: Predictors, correlates of performance, and market impact. *Medical Care*, 40(4): pp 325 – 337.
14. Devers, K. J., Pham, H. H., & Liu, G. (2004). What is driving hospital's patient-safety efforts? *Health Affairs*, 5, 103–115.
15. 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. *International Journal for Quality in Health care*, 20, 363–371.
16. Gluck, J.C., Hassig, R.Z. (2001). Raising the bar: the importance of hospital library standards in the continuing medical education accreditation process. *Bulletin of the Medical Library Association*, 89(3): pp 272 – 276.
17. Government of Alberta, Department of Health and Wellness. (2008). *Mandatory Accreditation in Alberta's Health System (Directive D5-2008)*. Retrieved from <http://www.health.alberta.ca/documents/Directive-D5-2008-Accreditation.pdf>
18. Government of Quebec. (2011). *An Act respecting health services and social services (R.S.Q., chapter S-4.2.)*. Retrieved from [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_4\\_2/S4\\_2\\_A.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2_A.html)
19. Grachek, M. K. (2002). *Reducing risk and enhancing value through accreditation: Recent data indicate that accreditation has a quality impact that could be significant to risk management*. Retrieved February 10, 2011 from <http://www.allbusiness.com/health-care-social-assistance/nursing/356821-1.html>
20. Greenfield, D., Travaglia, J., Braithwaite, J., & Pawsey, M. (2007). *Unannounced surveys and tracer methodology: Literature review*. Sydney: Centre for Clinical Governance Research in Health.
21. Greenfield, D., Travaglia, J., Pawsey, M., & Braithwaite, J. (2007). Intra-rater and inter-rater reliability in health care accreditation: literature review. *A review of health sector accreditation research literature*. Sydney: The Centre for Clinical Governance Research in Health, Faculty of Medicine, University of New South Wales.
22. Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20, 172–183.
23. Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2009). Developing the evidence base for accreditation of health care organisations: A call for transparency and innovation. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 162–163.

24. Greenfield, D., Braithwaite, J., & Pawsey, M. (2008). Health care accreditation surveyor styles typology. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21, 435–443.
25. Greenfield, D, Pawsey, M., & Braithwaite, J. (2008). *Examinations of the relationships between accreditation and organizational and clinical performance: Research outputs to December 2008*. Sydney: Centre for Clinical Governance Research in Health.
26. Greenfield, D., Pawsey, M., Naylor, J., & Braithwaite, J. (2009). Are accreditation surveys reliable? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22, 105–116.
27. Griffith, J. R., Knutzen, S. R., & Alexander, J. A. (2002). Structural versus outcomes measures in hospitals: A comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. *Quality Management in Health Care*, 10 (2), 29–38.
28. Gustafson, D. H., Fiss, C. J., Fryback, J. C., Simelser, P. A., & Hiles, M. E. (1980). Measuring the quality of care in nursing homes: A pilot study in Wisconsin. *Public Health Reports*, 95, 336–343.
29. Hahn Severance, J. (2009). Community health program evaluation using accreditation as a framework. *Evaluation & the Health Professions*, 32, 59–68.
30. Health Council of Canada. (2006). *Health Care Renewal in Canada: Clearing the Road to Quality* Retrieved from [http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2006/2006\\_AnnualReport.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2006/2006_AnnualReport.pdf)
31. Health Council of Canada. (2008). *Rekindling Reform: Health Care Renewal in Canada, 2003-2008*. Retrieved from [http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/HCC%205YRPLAN%20\(WEB\)\\_FA.pdf](http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/HCC%205YRPLAN%20(WEB)_FA.pdf)
32. Heaton, C. (2000). External peer review in Europe: An overview from the ExPeRT project. *International Journal for Quality in Health Care*, 12, 177–182.
33. Kilpatrick, K.E., Lohr, K.N., Leatherman, S., Pink, G., Buckel, J.M., Legarde, C., & Whitener, L. (March 2005). The insufficiency of evidence to establish the business case for quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(4): pp 347 – 355.
34. Kim, L. S. (2011). How will accreditation of your ambulatory endoscopy center be an essential component of showing value-based health care? *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 9, 21–23.
35. Lanteigne, G (2009). *Case studies on the integration of Accreditation Canada's program in relation to organizational change and learning: The Health Authority of Anguilla and the Ca'Focella Ospetale di Treviso*. Doctorat en administration des services de santé. Montréal : Faculté de médecine, Université de Montréal.
36. Leatherman, S., Berwick, D., Iles, D., Lewin, L. S., Davidoff, F., Nolan, T., et al. (2003). The business case for quality: Case studies and an analysis. *Health Affairs*, 22, 17–30.

37. Lewis, S. (2007, July). *Accreditation in health care and education: The promise, the performance, and lessons learned*. Retrieved February 10, 2011 from <http://www.shscorp.ca/content%5CHome%5CDocs%5CAccreditation%20in%20Health%20Care%20and%20Education%20%28FINAL%29.pdf>
38. Lin, B. Y.-J., Hsu, C.-P. C., Chao, M.-C., Luh, S.-P., Hung, S.-W., & Breen, G.-M. (2008). Physician and nurse job climates in hospital-based emergency departments in Taiwan: Management and implications. *Journal of Medical Systems*, 32, 269–81.
39. LTCQ, Inc. (2002). *JCAHO accreditation helps nursing facilities achieve better outcomes*. Retrieved February 12, 2008 from [http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/E64D0AE-BC38-49CC-B545-456AA76EDD4A/0/ltc\\_better\\_outcomes.pdf](http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/E64D0AE-BC38-49CC-B545-456AA76EDD4A/0/ltc_better_outcomes.pdf)
40. Mays, G. P. (2004). *Can accreditation work in public health? Lessons from other service industries*. Arkansas: Department of Health Policy and Management, College of Public Health, University of Arkansas for Medical Sciences.
41. Miller, M. R., Pronovost, P., Donithan, M., Zeger, S., Zhan, C., Morlock, L. et al. (2005). Relationship between performance measurement and accreditation: Implications for quality of care and patient safety. *American Journal of Medical Quality*, 20, 239–252.
42. Montagu, D. (2003). *Accreditation and other external quality assessment systems for health care: Review of experience and lessons learned*. London: DFID Health Systems Resource Centre.
43. More v. Bauer Nike Hockey Inc., 2010 BCSC 1395 (Victoria, B.C., 2010).
44. National Committee for Quality Assurance. (2007). *The state of health care quality 2007*. Washington, D.C.: National Committee for Quality Assurance.
45. Newhouse, R. P. (2006). Selecting measures for safety and quality improvement initiatives. *Journal of Nursing Administration*, 36, 109–13.
46. Ontario Health Quality Council. (2007). *2007 Report on Ontario's Health System*. Retrieved from [http://www.ohqc.ca/pdfs/final\\_ohqc\\_report\\_2007.pdf](http://www.ohqc.ca/pdfs/final_ohqc_report_2007.pdf)
47. Pagliarulo, M. A. (1986). Accreditation: Its nature, process, and effective implementation. *Physical Therapy*, 66, 114–118.
48. Peer, K.S., & Rakich, J.S. (2000). Accreditation and continuous quality improvement in athletic training education. *Journal of Athletic Training*, 35(2): pp 188 – 193.
49. Peter, T. F., Rotz, P. D., Blair, D. H., Khine, A.-A., Freeman, R.R., & Murtagh, M. M. (2010). Impact of laboratory accreditation on patient care and the health system. *American Journal for Clinical Pathology*, 134, 550–555.
50. Pomey, M.-P., François, P., Contandriopoulos, A.-P., Tosh, A., & Bertrand, D. (2005). Paradoxes of French accreditation. *Quality & Safety in Health Care*, 14, 51–55.

51. Pomey, M.-P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A. & Contandriopoulos, A.-P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian health care organizations. *Implementation Science*, 5, 31–44.
52. René, A., Bruneau, C., Abdelmoumene, N., Maguerez, G., Mounic, V., & Gremion, C. (2006). Improving patient safety through external auditing: The SIMPATIE (Safety Improvement for Patients in Europe) project. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé.
53. Sadri, G., & Marcoulides, G. A. (1997). An examination of academic and occupational stress in the USA. *International Journal of Educational Management*, 11, 32–46.
54. Salmon, J. W., Heavens, J., Lombard, C., & Tavrow, P. (2003). *The impact of accreditation on the quality of hospital care: KwaZulu-Natal Province, Republic of South Africa*. Bethesda: University Research Co., LLC.
55. Scott, I. (2009). What are the most effective strategies for improving quality and safety of health care? *Internal Medicine Journal*, 39, 389–400.
56. Shaw, C. D. (2003). Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 455–456.
57. Simons, R., Kasic, S., Kirkpatrick, A., Vertesi, L., Phang, T., & Appleton, L. (2002). Relative importance of designation and accreditation of trauma centers during evolution of a regional trauma system. *Journal of Trauma*, 52, 827–834.
58. Suñol, R., Nicklin, W., Bruneau, C., & Whittaker, S. (2009). Promoting research into health care accreditation / external evaluation: Advancing an ISQua initiative. *International Journal for Quality in Health Care*, 21, 27–28.
59. Suñol, R., Vallejo, P., Thompson, A., Lombarts, M. J. M. H., Shaw, C.D., & Klazinga, N. (2009). Impact of quality strategies on hospital outputs. *Quality and Safety in Health Care*, 18 (Suppl. 1), i62–i68.
60. Sutherland, K., & Leatherman, S. (2006). *Regulation and quality improvement: A review of the evidence*. London: The Health Foundation.
61. Thornlow, D. K., & Merwin, E. (2009). Managing to improve quality: The relationship between accreditation standards, safety practices, and patient outcomes. *Health Care Management Review*, 34, 262–272.
62. Touati, N., & Pomey M.-P. (2009). Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? *Health Policy*, 90, 156–165.
63. Warburton, R.N. (2004). Patient safety – how much is enough? *Health Policy*, 71: 223032.
64. Werner, R. M., & Asch, D. A. (2005). The unintended consequences of publicly reporting quality information. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1239–1244.







**ACCREDITATION CANADA**  
**AGRÉMENT CANADA**

*Driving Quality Health Services*  
*Force motrice de la qualité des services de santé*

[www.accreditation.ca](http://www.accreditation.ca)