

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

Marianne Prévost, sociologue, chargée de missions à la Fédération des maisons médicales,
Michel Roland, médecin généraliste en maison médicale et chargé de missions à la Fédération des maisons médicales, Centre de médecine générale de l'Université libre de Bruxelles, École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles, Unité de socio-épidémiologie de la santé.



Cet article présente un ensemble de critères de qualité, issus de la littérature scientifique et de la pratique des soignants en maison médicale ; ces critères sont cohérents par rapport aux objectifs des soins de santé primaires et en harmonie avec les valeurs exprimées dans la charte des maisons médicales. Nous abordons la plupart des critères en trois temps : une définition théorique issue d'un article récent¹ et du carnet de bord assurance de qualité de la Fédération des maisons médicales (voir article suivant) ; ensuite des illustrations concrètes à partir de projets et de réflexions émanant de certains soignants en maison médicale (▲) ; enfin, la parole des patients qui disent dans leurs mots à eux (●), ce qu'ils trouvent auprès de leurs soignants, ce qu'ils en attendent - évoquant sans les nommer, la plupart des critères en vigueur dans les démarches d'assurance de qualité.



fois, et d'autres choses encore, que l'on perçoit petit à petit, par la pratique, l'expérience et son lot d'incertitudes, d'erreurs, de réussites, de frustrations, de plaisir...

Faut-il formaliser tout ce savoir, tout ce vécu, l'enserrer dans des définitions au risque d'en réduire la richesse ? Ne vaut-il pas mieux réserver les définitions au champ technique, sans vouloir trop cerner l'insaisissable, tout ce qui, dans les pratiques de soins, apparaît comme un art ? « Souvent en soins primaires, les problèmes qui se présentent ont une nature indéterminée, touchent aux différents aspects de la vie du patient, les réponses aux différentes approches thérapeutiques sont très variables, ... définir la qualité des soins de santé primaires est donc une entreprise complexe ; elle n'est pas neuve et elle se poursuit tous les jours... »¹.

L'assurance de qualité c'est bien une formalisation, mais qui fait la part belle à une réflexion issue de la pratique, et qui est constamment en écho avec cette pratique. Les critères de qualité ne font donc rien d'autre que nommer certains aspects de l'art de guérir, fournissant une grille de lecture pour mieux comprendre où on en est, identifier ce que l'on fait bien ou moins bien, définir ensemble comment éclaircir la réflexion et guider l'action.

Nous tenterons dans cet article de montrer à quel point les critères se complètent, s'imbriquent les uns dans les autres, mettant en lumière à la fois les différences et les articulations, les frontières et leur perméabilité ; le classement des extraits cités paraît dès lors parfois arbitraire, insatisfaisant, subjectif - il l'est en grande partie, et c'est tant mieux ... puisqu'il s'agit bien de formaliser sans étouffer le foisonnement des idées, la richesse et la complexité des pratiques.

(1) définition théorique générale telle qu'elle est présentée dans un article récemment paru
 Roland M., Prévost M., Jamouille M., "L'assurance de qualité et le médecin de famille", Arch Public Health 2001, 59, pp.1-28.

La qualité des soins est au centre de ce dossier. Mais qu'est-ce qu'un « bon » soin ? Qu'est-ce qu'un patient « bien » soigné ? Un malade guéri, un patient qui assume mieux sa maladie, une personne qui se sent écoutée et reconnue, qui peut faire appel aux soignants quand il faut, qui trouve elle-même des moyens de rester en bonne santé ? Et qu'est-ce que le « bon » soignant ? Celui qui sait écouter, celui qui connaît les meilleurs traitements, celui qui va au-delà de la demande immédiate, celui qui prend en charge une population ? Tout ça à la

La globalité articule la santé et le social

« La globalité articule la santé et le social : elle consiste à envisager l'ensemble des aspects des



problèmes de santé présentés par les patients, qu'ils soient physiologiques, organiques, familiaux, sociaux, psychologiques, économiques ou culturels ; une démarche globale est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour comprendre comment y répondre adéquatement »¹.

▲ la globalité est envisagée au niveau du contact et de l'invitation au dépistage. Il s'agit de répondre à l'incompréhension de la nécessité du dépistage, d'entendre les peurs de la patiente à l'idée d'un éventuel dépistage de cancer, d'accepter la réticence à dénuder une partie du corps en rapport avec la sexualité...

▲ En analysant la situation actuelle, nous avons vu que les dossiers médicaux ne sont pas complétés par les autres membres de l'équipe ; il est alors difficile d'évaluer entièrement les besoins des personnes si tous les aspects ne sont pas pris en considération ; cette analyse a aussi mis en évidence que des organismes qui pourraient prendre en charge certains aspects de la vie de la personne ne sont pas interpellés. A partir de ces réflexions, les objectifs suivants ont été définis : sensibiliser de manière continue les soignants à la globalité, aux différentes composantes et implications du dépistage pour les personnes ; renvoyer en réunion d'équipe les réactions des patients ; re-dynamiser l'équipe sur le fait qu'avoir un dossier bien rempli est nécessaire pour une prise en charge globale (le dossier santé informatisé est un outil formidable où l'on retrouve les différents critères de qualité) ; répondre correctement aux besoins identifiés ; créer un réseau de services sur le terrain afin de mieux les connaître et de mieux les utiliser, pour qu'ils répondent de manière optimale aux besoins des personnes.

▲ Le bien-être dans la salle d'attente dépend de différents facteurs : le cadre (lieu) le confort (installation) l'état du patient (son mal, sa demande) son comportement, ses relations sociales ; il dépend aussi des activités proposées (livres,

jeux, musique, ...) du travail des intervenants. Il est important de tenir compte de chacun de ces aspects.

▲ Les personnes hospitalisées en milieu psychiatrique ne sont pas réduites à une pathologie, mais doivent être prises en compte dans leur contexte familial, économique, physiologique et culturel ; une démarche globale est nécessaire autant pour faire un diagnostic correct du problème que pour comprendre comment y répondre de manière adéquate.

▲ la globalité est un des fondements de notre travail, inscrit dans notre charte politique. Il a été réexaminé à la lumière de l'expérience, des acquis (psychanalytiques et autres) de la littérature et du travail interdisciplinaire. Pour chaque individu suivi dans le cadre du projet cancer du sein, une connaissance de tous les aspects de sa vie devrait figurer dans le dossier.

● *Quand on vient ici, on peut parler de ses difficultés au médecin, à l'assistante sociale... Il y a des gens qui en parlent à tout le monde, comme ça ils vérifient les différentes réponses. Il n'y a pas de compartimentage ici, ils ne soignent pas juste un petit morceau de la personne...*

● *Oh oui, on a des très bons contacts, ils nous connaissent ; ce qui est bien, c'est que même si je viens pour une angine, on peut parler d'autre chose, des problèmes de couple, du bébé, du travail...*

● *Il trouvait que je ferais mieux d'aller au chômage comme demandeur d'emploi, pour pouvoir retravailler après quand ça irait mieux. Mais je ne m'en sentais pas capable. Si je suis au chômage et qu'on m'envoie quelque part, si je ne suis pas capable... Il disait que si je suis invalide, j'en sortrais pas pour mon moral. Mais finalement il a compris, il a été d'accord avec moi... J'ai envie de travailler, ça oui ! Mais je dois trouver quelque chose de léger, c'est difficile de changer, j'ai toujours fait du lourd... On peut parler facilement des problèmes de travail avec le docteur.*

L'intégration articule le curatif et le préventif

« L'intégration articule le curatif et le préventif. Elle peut se traduire de deux manières : la coexistence dans le même service d'activités curatives, préventives, d'éducation santé, de réhabilitation, et/ou la coordination avec d'autres services. Elle se traduit à la fois au niveau individuel, notamment par la prise en compte des aspects préventifs à partir des opportunités des contacts curatifs (à l'occasion d'une bronchite chronique, est abordée la question du tabagisme) et au niveau collectif de la population prise en charge (des jeux d'éducation à la santé sur les accidents domestiques se trouvent dans la salle d'attente) »¹.

▲ Pour favoriser le succès d'un retour à domicile des patients sortant d'une hospitalisation psychiatrique, il faut assumer aussi bien le curatif et le préventif : les thérapeutes se rendent compte que les rechutes sont liées à la fois à une mauvaise compliance au traitement médicamenteux et à l'isolement social, au manque d'activités régulières. Il faut donc mobiliser autour de la personne un entourage préventif, des relais sociaux qui peuvent jouer un rôle important. Dans un souci de prévention intégrée au curatif, la notion de référent, au sein de notre équipe et au sein du réseau, est un atout majeur pour le suivi des personnes qui ont un parcours psychiatrique.

▲ Nous allons intégrer le problème du cancer du sein dans toutes les consultations des femmes du groupe cible, en pensant au meilleur moment pour en parler. Mais avant de lancer ce programme, nous voulons prendre le temps de réfléchir à la meilleure attitude à avoir face à un diagnostic positif ; j'ai déjà eu le cas, je me suis sentie très démunie face à l'anxiété de la patiente, je n'étais pas prête à lui expliquer tout ce qui allait se passer – alors que je trouvais important de continuer à la suivre, de ne pas la laisser aux seules mains des spécialistes. Il faut penser à tout cela avant de lancer le programme, car faire une campagne préventive, c'est aussi s'exposer à avoir des cas positifs et à exercer une

fonction de synthèse par rapport à des traitements lourds. . .

▲ Les études démontrent que la chronicité des maux de dos diminue grâce à la gymnastique. A partir de cela, la kinésithérapeute a voulu proposer un cours de gymnastique après un traitement ; c'est un bon moment, les patients sont sensibles à une activité qui permettrait de prévenir la réapparition du problème dont ils viennent de souffrir. . .

▲ L'articulation entre le préventif et le curatif est présente dans notre projet « action mammo », puisque c'est à 90% dans le cadre des consultations que nous abordons l'aspect préventif du dépistage.

▲ Nous avons conçu des outils facilitant l'intégration du curatif et du préventif : la fiche verte de prévention dans le dossier, rappelant les actes et les conseils utiles suivant l'âge et le sexe. Également, les fiches de suivi pour les maladies chroniques : diabète, hypertension, etc. Cette fiche verte est ouverte dans le dossier avec l'accord du patient, et l'ouverture lui en est expliquée.

● *J'ai demandé comment je pouvais faire la gymnastique, car on en avait parlé avec le docteur. Il m'a envoyé pour avoir des adresses à l'accueil, on ne pouvait pas me répondre tout de suite, mais huit jours après, on m'a donné toute une liste de possibilités sur la commune.*

● *J'avais des problèmes d'allergies, il m'a donné des médicaments, on va peut-être faire un examen pour savoir à quoi je suis allergique. A part ça, il m'a donné des conseils pour la maison, je vais enlever un tapis et aérer plus, je fume beaucoup, peut-être qu'avec tout ça, ça ira mieux...*

● *C'est bien, dans le journal, ils font des informations sur le vaccin contre la grippe par exemple, ou comment éviter telle ou telle maladie... Bon, on ne suit pas toujours les conseils, mais on les retient, ça apprend certaines choses, ça peut venir à point...*



On retrouve ici des éléments de subsidiarité (voir plus loin) ; il peut y avoir un cours de gymnastique organisé à la maison médicale, mais aussi parfois suffisamment de ressources dans le quartier pour conseiller au patient de se tourner vers elles - une manière aussi de démedicaliser. Et cela peut impliquer des démarches très actives de la part de l'équipe (cf. premier extrait) ; contacter d'autres intervenants, réfléchir ensemble sur la manière d'intégrer au mieux les aspects curatifs et préventifs, définir le niveau d'intervention de chacun.

La continuité

« La continuité implique que toutes les informations pertinentes nécessaires soient disponibles pour être prises en considération au moment adéquat par les dispensateurs appelés à soigner l'individu, tant au niveau des soins de base qu'au niveau spécialisé ; la responsabilité de la continuité relève essentiellement de l'échelon primaire et du patient lui-même, et permet de prendre, à chaque étape des processus de soins, les bonnes décisions aux bons moments. Par exemple, si un patient présente une allergie médicamenteuse, cette information doit être connue par tout intervenant amené à le prendre en charge »¹.

▲ Nous avons l'habitude de travailler avec un dossier médical qui permet la continuité. Toute l'histoire de la personne s'y retrouve, avec des épisodes importants de sa vie. Les informations pertinentes concernant la prise en charge de la personne y sont consignées, ce qui facilite la gestion de sa santé d'un thérapeute à l'autre. Il faut aussi réfléchir à mettre sur pied un outil qui permettra de faire circuler l'information entre les thérapeutes de la maison médicale et les intervenants du réseau extérieur, pour qu'aucune information ne se perde.

▲ Il est important que les messages passent bien, non seulement au sein de l'équipe de la maison médicale mais aussi avec les spécialistes qui seront amenés à

voir le patient. Au sein de l'équipe, il est important que le dossier soit complet ; pour plus de facilité, des consignes claires doivent être données. Chaque paramètre à suivre est à noter dans l'échéancier. Chaque référence à un de nos collègues est programmée également dans l'échéancier, et soutenue par un message personnel au collègue à la date où il doit voir le patient. Au début de ce suivi, il sera important que les différents soignants se rencontrent pour dire ce qu'ils ont abordé avec le patient et comment ils l'ont encodé. Ceci permettra de mettre les derniers détails au point quant à la systématisation de l'encodage et de la transmission de l'information. Par rapport à l'extérieur, il faut faire prendre conscience au patient de son importance, et donc veiller à lui donner un mot de référence et que le spécialiste nous écrive, établir des liens privilégiés avec certains spécialistes.

▲ Un suivi informatique nous permet de connaître chaque mois les patientes à prévenir parce qu'elles sont presque arrivées à échéance pour le dépistage mammo. Cette information dépend d'un encodage rigoureux et régulier. Pour cela, une « fiche de travail » est insérée dans les dossiers des patientes concernées par le dépistage. Cette fiche doit être utilisée rigoureusement. La continuité dépend aussi du patient, et cela pose quelques problèmes quant à l'envoi automatique du protocole de dépistage. Certaines femmes ayant fait le dépistage sont ainsi considérées comme « en retard » pour ne pas avoir assuré le feedback nécessaire au suivi de la couverture. La continuité est liée à la systématisation.

● *Quand un médecin est absent, un autre peut voir le dossier, comme ça on est sûr. Dans le temps ça n'existait pas, avec le truc du secret médical.*

● *La garantie du suivi, c'est important pour un malade chronique comme moi, il peut y avoir des urgences, ici il y a plusieurs médecins, le dossier est là, on est toujours suivi... Tout est inscrit dans le dossier, parfois des*

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

*choses qu'on a soi-même oubliées
Et si votre médecin est en vacances,
celui qui vous reçoit connaît le traitement.*

● *Quand le petit a eu la jambe cassée,
le docteur l'a vraiment pris en charge;
elle l'a mis au centre hospitalier universitaire,
elle a fait les démarches, elle a été voir le
docteur du centre hospitalier universitaire... !
C'est un gâteau !*

On le voit, la continuité est en lien avec la globalité : les informations dont chaque soignant a besoin pour suivre le patient ne relèvent pas uniquement des aspects médicaux, mais aussi d'autres aspects de la santé. Il est tout aussi cohérent d'envisager ici le travail pluridisciplinaire et l'échelonnement - la subsidiarité : l'intervention de différents membres de l'équipe, de différents niveaux de soins, permet de mieux répondre aux besoins mais multiplie les risques de rupture dans la continuité de ces soins. Il convient dès lors de mettre en place les outils pratiques qui permettront d'opérationnaliser la continuité des soins et de les utiliser de manière systématique, sinon ils perdront beaucoup de leur intérêt...

L'accessibilité sous toutes ses formes

L'accessibilité « fait référence à la possibilité pour un patient de recevoir les soins à un coût (accessibilité financière), un endroit (accessibilité géographique), un moment et dans des conditions (acceptabilité) raisonnables (il faut donc aller plus loin qu'une simple réponse à la demande, pour étudier ce qui peut la freiner et comment lever ces obstacles). Exemple : une équipe de soins amenée à prendre en charge une population très défavorisée organise des conditions d'accessibilité financière maximale au travers d'une convention avec un centre local d'aide sociale »¹.

▲ le coût du dépistage (cancer du sein) est variable d'une institution à l'autre et peut constituer un frein pour la patiente. Nous

avons contacté les centres afin de connaître les prix pratiqués et d'orienter au mieux une personne si le coût constitue un obstacle.

▲ Pour le suivi des diabétiques, nous avons prévu quatre consultations par an ; si le patient ne sait pas venir, il y aura des consultations à domicile.

▲ Pour faire comprendre le système du forfait, nous prenons le temps nécessaire et surtout nous choisissons le moment opportun pour donner une explication complète : il faut tenir compte du sentiment d'urgence, d'angoisse dans lequel se trouve le patient face au problème pour lequel il vient ; à certains moments il n'est pas accessible.

▲ Nous organisons des séances de gymnastique l'après-midi et le soir, pour les gens qui travaillent ; le coût est de quatre-vingt F par séance, pour les non inscrits à la maison médicale autant que pour les inscrits. Ces séances se font à la maison médicale ; ces dispositions facilitent l'accessibilité.

● *Si on a une urgence, une douleur très forte, vous êtes reçu tout de suite et vous recevez des échantillons de médicaments...*

● *Avant le forfait, ça arrivait qu'on ait difficile... Mais même alors, je pouvais payer après avoir retouché de la mutuelle. Et puis ils donnent des échantillons... On peut s'arranger, ils cherchent les médicaments les moins chers, les « produits blancs »...*

● *Le plus souvent, on fait venir le docteur, car c'est difficile de se déplacer. La maison médicale est dans un autre village, il n'y en a pas ici... Il en faudrait partout, des maisons médicales*

● *C'est facile, pour les vaccins des enfants, il y en a toujours à la maison médicale, c'est gratuit, on peut venir le faire sans rendez-vous*

La permanence

La permanence « implique que le service assure une possibilité de recours de façon continue au cours du temps (soir, nuit, week end, jour férié). Ce critère est souvent confondu avec la continuité, beaucoup plus large et plus difficile à réaliser. Exemple : les médecins s'organisent par quartiers pour assurer un rôle de garde pendant les fins de semaine »¹.

▲ Pour nous, la permanence est très liée à l'accessibilité : si le service n'est pas permanent, non seulement il y a un risque de problèmes dans l'immédiat, mais cela peut aussi entraîner à la longue chez le patient le sentiment qu'il vaut mieux attendre -quitte à venir quand le problème s'est aggravé ou à aller directement à l'hôpital... Le travail en équipe est un atout : la permanence ne repose pas sur une seule personne mais sur plusieurs, qui doivent bien se coordonner.

● *Le docteur connaît le dossier, je peux lui téléphoner... même à 3h du matin... Quand ma femme est morte... Il est venu directement, pas en pyjama, mais presque, je le sens comme... le médecin de famille*

● *Si on a besoin d'un médecin, on téléphone, il vient, sinon c'est un autre. Et il a le dossier, même s'il ne me connaît pas et puis je les ai quand même déjà tous croisés... C'est très sécurisant... Si ça ne tenait qu'à moi, je viendrais plus souvent à la maison médicale, mais j'ai peur de les ennuyer, pourtant tout le monde me dit « venez quand vous voulez ». Si je ne me sens pas bien je viens avant le jour du rendez-vous, il n'y a pas de problème... »*

L'acceptabilité, « harmonie de la pratique »

L'acceptabilité ou légitimité « définit l'harmonie de la pratique par rapport aux

normes sociales, éthiques et culturelles de ses utilisateurs et de leur famille. Exemple : le médecin essaie d'adapter le régime et le traitement chez son patient diabétique pendant la période du Ramadan, conformément aux prescrits religieux »¹.

▲ Nous nous sommes informés préalablement sur les valeurs de ce milieu, en ce qui concerne l'éducation des enfants et la relation à des professionnels de santé ; nous pensons que l'acceptabilité de la stimulation psychomotrice pour les bébés sera meilleure si la demande vient des gens eux mêmes.

▲ L'acceptabilité est envisagée au niveau du contact et de l'invitation au dépistage (cancer du sein). Il s'agit de répondre à l'incompréhension de la nécessité du dépistage (physiologie) d'entendre les peurs de la patiente à l'idée d'un éventuel diagnostic de cancer (communication) d'accepter la réticence de dénuder une partie du corps en rapport avec la sexualité (relationnel) en vue de proposer à la patiente l'acte de prévention.

▲ Nous avons essayé de cerner l'acceptabilité du projet à partir de notre expérience quant aux réactions des patientes et d'une réunion en équipe qui a mis en évidence des réticences personnelles parmi certains soignants... ; cela permet de voir que les choses ne sont pas si simples, on peut partir de là pour mieux anticiper, mieux comprendre les réticences des patientes... Il faut adapter le discours, le personnaliser, peut-être attendre. Cela freinera peut-être notre taux de couverture, dans un premier temps... »

● *J'ai assisté à une scène. Un Nord africain venait demander si sa femme était chez le gynéco, l'accueillante ne lui a pas dit, il insistait. Je suis intervenue pour dire que c'était le secret médical, je veux dire, si c'était ma mère qui avait demandé si j'étais chez le gynéco, elle aurait répondu, mais ici on voyait bien que le type était agressif, il ne voulait pas que sa femme aille chez le gynéco, c'est une*

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

situation culturelle
L'accueillante a très bien réagi, elle voulait protéger la femme, faire comprendre au monsieur, je trouve ça très bien...

- *Moi, rien à faire, on a beau me dire que les produits blancs, c'est la même chose que les autres médicaments, je n'y crois pas. Chez moi, ça ne marche pas, tout le monde ne réagit pas pareil. Le docteur m'a expliqué, mais finalement, il a compris que pour moi ça ne va pas. Par exemple elle m'a donné le produit blanc à la place du Clamoxyl® pour le petit, et je lui ai dit que ça n'a pas bon goût, le petit n'en voulait pas, le Clamoxyl® c'est sucré, elle a compris, elle a changé. Je ne lui reproche pas, elle a voulu bien faire, elle avait donné le générique car elle sait qu'on n'a pas beaucoup de sous, mais pour le bébé, les sous, je m'arrange toujours, je préfère qu'il ait le Clamoxyl®, le docteur a compris...*

- *Ce que j'aime bien, c'est qu'au départ il m'a bien expliqué tous les effets des antidépresseurs; avec celui-là il y a tel effet secondaire, avec celui-là c'est un autre, un peu plus de fatigue mais pas de vertiges, le troisième c'est encore différent... J'ai pu choisir les effets secondaires qui me*

dérangent le moins et du coup, ça va très bien, il a bien trouvé ce qui me convient.

L'acceptabilité est clairement liée à la participation, à la parole, à la place accordée à la subjectivité du patient - autrement dit, à l'espace du sujet... Ce n'est pas tant lui « faire accepter » ce que l'on croit bon pour lui - mais pouvoir cheminer avec lui, le rejoindre là où il est avant d'aller ailleurs, trouver l'équilibre entre les connaissances du soignant, celles du patient, la sensibilité de chacun...

La validité, des soins compatibles avec la politique de santé

La validité ou adéquation « constitue la mesure dans laquelle la pratique dispense des soins en quantité et en qualité compatibles avec la politique de santé définie à l'échelon des décideurs. Exemple : une campagne de vaccination contre l'hépatite B est réalisée suite à la décision de remboursement de ce vaccin pour certaines catégories de patients »¹.

Il convient de rester critique par rapport à cette définition, qui suppose que les décideurs prennent toujours de bonnes décisions...

Comme le montrent d'autres articles de ce dossier, on n'est pas trop mal loti en Belgique puisque les réflexions et les structures qui sont ou se mettent en place vont dans le sens d'un étayage scientifique des décisions prises ; il s'agit de prendre de plus en plus des mesures cohérentes par rapport à des études scientifiques validées. Mais pour que l'*Evidence Based Medecine* ne soit pas de la *Theory Based Medecine* - qui reviendrait à appliquer trop vite, tout de suite, les résultats des études scientifiques - elle doit être contrebalancée par les besoins ressentis, les demandes des patients ; et aussi par l'expérience, les besoins, l'éthique du soignant. Faut-il par exemple supprimer dans tous les cas le remboursement d'un





médicament dont l'efficacité après cinquante ans n'est pas démontrée ? Ce n'est pas toujours évident, des aspects éthiques doivent être abordés pour éviter des décisions trop rigides par rapport aux réalités du terrain.

L'efficacité théorique

L'efficacité théorique « représente les résultats attendus d'un processus dans des circonstances concrètes et particulières, mais idéales et théoriques. Exemple : la vaccination anti-influenza offre une protection de 85-90 % contre l'infection grippale »¹.

▲ la littérature scientifique, les données épidémiologiques et l'expérience des intervenants de terrain ou spécialisés convergent pour valider le dépistage systématique du cancer du col et du sein chez les femmes appartenant aux tranches d'âge concernées. Ces dépistages permettent de diminuer significativement la mortalité et la morbidité dues à ces cancers. Par ailleurs, il s'agit de problèmes relativement fréquents, et le dépistage peut facilement être pris en charge au niveau des soins de santé primaires.

▲ La priorité donnée à la prévention de l'ostéoporose est judicieuse, puisque c'est le seul problème de la ménopause pour lequel le traitement de substitution a une réelle efficacité.

▲ Pour la prévention de la maltraitance, c'est surtout au niveau des stratégies que la littérature donne des recommandations utiles; le Guide canadien préconise un certain nombre de contacts avec les intervenants pour qu'une action soit utile. Il indique aussi les effets pervers d'une identification trop personnalisée des familles à risque: il est essentiel de ne pas cibler des familles sur base d'un sentiment personnel, de ce que l'on connaît d'elles; il vaut mieux connaître les facteurs de risque généralement identifiés dans les recherches et proposer le programme aux gens qui présentent ces facteurs de risque, sans les « soupçonner » spécifiquement.

▲ Jusqu'au 31 décembre 1998, il y avait 40 % de frottis gynécologiques fiables. À partir du 1 janvier 1999, les médecins utilisent systématiquement la cytobrosse pour réaliser le frottis, et en l'espace de quatre mois on passe à 84 % de frottis fiables.

L'efficacité pratique

L'efficacité pratique « évalue les résultats constatés d'un processus de soins dans les circonstances de la réalité : conditions de travail, population avec ses caractéristiques particulières. Exemple : une campagne de vaccination anti-influenza ne permettra de vacciner que 65 % des patients, vu qu'il est impossible de les contacter tous, que certains refusent et que pour d'autres la vaccination est contre-indiquée »¹.

▲ Pour le dépistage du cancer du col, nous avons fixé une échéance à deux ans parce que notre pratique quotidienne nous démontre que l'échéance à trois ans n'est pas respectée car considérée comme trop longue.

▲ Le moment nous a semblé bien choisi pour parler des antibiotiques parce qu'il y avait en même temps une campagne médiatique sur le même thème; les messages se renforcent l'un l'autre, cela renforce la crédibilité de notre action.

L'efficacité, rapport coût/bénéfice

L'efficacité ou optimalité (*efficiency*) « représente le rapport entre l'efficacité pratique et les moyens utilisés, le rapport coût/bénéfice. Exemple : toujours dans le cas de la vaccination anti-influenza, quelle stratégie est la plus intéressante à mettre en œuvre pour obtenir la plus haute couverture vaccinale au moindre coût (lettres de rappel ? En septembre ou en novembre ? Annonces dans la salle d'attente ? Petit journal d'information ? Profiter d'une consultation pour en parler ? Ou plusieurs de ces stratégies concomitamment ?) »¹.

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

▲ Nous devons avoir le meilleur rapport coût/efficacité possible. La procédure installée doit nous permettre un minimum de manipulations - informatiques et autres - chaque mois pour cibler et rappeler la population concernée à une période bien déterminée.

▲ Il n'est pas utile de dépister un problème auquel on n'est pas en mesure d'apporter une solution; on s'est d'abord attaché à améliorer le suivi des patients diabétiques connus; c'est dans la réorientation du projet que l'on se préoccupe de dépistage - parce que le pourcentage de diabétiques connus est inférieur à la moyenne estimée dans la population.

▲ A ce stade, on s'est dit qu'on ne pouvait pas mettre plus de deux personnes sur ce projet et donc dans un premier temps il ne fallait pas viser trop haut. Par ailleurs on a aussi examiné le bénéfice qu'on pouvait tirer de ce projet particulier pour d'autres activités dans la maison médicale, par exemple dégorger les consultations - cela élargit les éléments pris en compte dans l'efficience.

Ces trois critères (efficacité théorique, efficacité pratique, efficience) sont liés entre eux et aussi à d'autres : pour améliorer l'efficacité pratique, il sera dans certains cas utile d'améliorer l'acceptabilité ou l'accessibilité du projet ; d'organiser une bonne répartition des tâches et une gestion adéquate de l'information, permettant de garantir la continuité des soins sans dépense d'énergie inutile ; d'intégrer le suivi préventif dans la consultation curative plutôt que d'entreprendre des activités supplémentaires...

La compétence et la performance

La compétence d'un dispensateur « est ce qu'il est capable de faire. Ce concept relève de la connaissance, son contenu étant l'objet de l'enseignement et de son évaluation dans sa

forme actuelle. Exemple : un médecin assure son recyclage régulier sous forme d'abonnement à des périodiques médicaux indépendants qu'il examine selon une grille de lecture critique, et d'assistance à des séances et des colloques de formation continue.

La performance d'un dispensateur est ce qu'il fait réellement dans les circonstances concrètes de sa pratique. Ce critère est souvent confondu avec celui de compétence (savoir) ; cependant son contenu est plus large et fait appel aux habilités non seulement techniques (savoir faire) mais aussi relationnelles (savoir être) et organisationnelles (savoir gérer). Ses méthodes d'enseignement et d'évaluation sont spécifiques. On peut assimiler la différence entre compétence et performance à celle entre efficacité théorique et efficacité pratique. Exemple : un praticien conscient de ses difficultés dans ses rapports avec ses patients participe à des séances de type Balint »¹.

▲ Une mise à niveau de l'équipe a été réalisée : la réunion d'équipe consacrée aux cancers du sein et du col et à leur dépistage avec informations, explications schéma, présentation du matériel employé portée et limites de l'action etc. Le but de cette mise à niveau est que chaque personne de l'équipe, quelle que soit sa fonction, puisse être active dans la promotion du dépistage. Nous avons aussi prévu un recyclage avec le gynécologue de la maison médicale pour améliorer les compétences des généralistes dans la réalisation des frottis de col.

● *Le docteur me dit toujours : « toi, tu me donnes toujours le bon diagnostic au téléphone pour tes gosses », mais j'ai besoin du docteur pour les médicaments et puis, on peut se tromper. Eux aussi, parfois ils ne savent pas tout de suite, mais moi si je ne sais pas, je n'ai pas les livres...*

Eux ils ont des livres ou bien ils se demandent entre eux, parce qu'ils sont plusieurs, et si c'est compliqué, ils peuvent faire des radios...

Il y a beaucoup de choses que je connais, mais le médicament je ne donne pas sans le docteur.

L'équité, selon les besoins

« L'équité constitue un attribut essentiel du système de santé, dont une des politiques généralement acceptée est la distribution des services en fonction des besoins. L'équité relève d'une dimension très politique et très idéologique puisque le critère « selon les besoins » exclut l'égalité des moyens au profit de leur distribution plus large aux plus démunis. L'appréciation de l'équité peut se faire par des études épidémiologiques et des études d'utilisation des services. Exemple : les intervenants consacrent plus de temps aux patients qui ont du mal à s'exprimer en français »¹.

▲ On touche toujours les mêmes patientes en consultation ; prend-on suffisamment en compte les différences culturelles ou linguistiques ?

▲ Notre projet de stimulation des nourissons répond à un souci d'équité : il vise à renforcer les compétences de parents fragilisés souvent éloignés des services de soins et dont la désinsertion sociale fait courir aux enfants un risque de handicap psychosocial, scolaire, physique... Proposer une activité spécifique face à ce risque, c'est une manière de donner plus de chances à ces enfants

▲ L'équité est liée à la systématisation : il faut analyser chaque demande, faire quelque chose pour chaque patient, faire une démarche active vers les patients les moins accessibles, trouver des méthodes spécifiques pour ceux qui ont le plus de difficultés...

● *Question finances, j'ai eu des moments difficiles... C'est charmant de faire des choses comme ça, de soigner les gens sans qu'on doive payer, avec le nouveau système. Déjà avant, quand j'avais dur pour les finances, elle me donnait des échantillons. Maintenant elle sait que ça va mieux de ce côté-là, je lui ai dit que je peux payer, alors elle me demande si je veux des*

échantillons ou aller à la pharmacie, je choisis, ça dépend aussi quelle heure il est, si c'est le week end...

La subsidiarité

« La subsidiarité ou l'échelonnement est un attribut du système de santé qui consiste à ce qu'une action soit réalisée par la personne ou le service qui le fera de la manière la plus efficiente et la plus proche des gens »¹.

▲ J'ai analysé les temps de travail disponibles dans notre équipe pour ce projet. Nous ne pourrions pas assumer tous les suivis psychologiques de ces personnes mais il y a d'autres intervenants compétents dans le réseau

▲ La subsidiarité, l'échelonnement : c'est la définition même des soins de santé primaires. Pour les actes techniques réalisés à l'extérieur il est important que nous exerçons bien notre fonction de synthèse. Nous avons prévu d'actualiser notre réseau de références, de maintenir et/ou améliorer le contact avec les gynécologues, les laboratoires et radiologues extérieurs

▲ Grâce au dossier du patient et aux outils de gestion qui y ont été intégrés, on constate qu'autour de ce projet, l'ensemble des partenaires de santé depuis l'accueillante jusqu'au spécialiste peut assurer et exercer ses compétences spécifiques en fonction des différentes tâches

● *A la maison médicale, il y a un groupe pour les gens qui sont seuls, c'est organisé par les gens eux-mêmes parce qu'ils savent ce que c'est. Il y a aussi les AA, Alanon, et un groupe Alpha - dans la région, pas à la maison médicale, ils ne savent pas tout faire ! Mais ils font la publicité.*

● *J'ai parlé des problèmes de travail avec le médecin, mais jusqu'à un certain*

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

*point - il ne sait pas tout connaître !
Après il m'a conseillé de voir l'assistante
sociale de la maison médicale, et ils
travaillent aussi avec le CPAS, donc on a pu
faire le tour...*

*J'ai parlé de toutes ces démarches avec le
docteur, pas en détail, mais quand même,
c'était lié à mon état de nerfs, alors...*

La systématisation

« La systématisation est le fait de rendre une action le plus systématique possible, lorsque cela est pertinent »¹.

▲ Au départ on craignait que systématiser soit synonyme d'imposer, de harceler les gens pour qu'ils suivent des directives... En y réfléchissant, on se rend compte qu'être systématique, cela veut plutôt dire donner le maximum de chances aux gens de bénéficier d'un suivi adéquat, en leur proposant certaines choses de manière active, différenciée... Mais sans attendre une couverture à 100 %, il faut pouvoir aussi accepter les refus, les réticences; dans ce cas, être systématique signifie qu'on note ces refus et leurs raisons lorsqu'elles sont exprimées. Cela nous permet de mieux les comprendre, d'adapter nos propositions, notre manière de parler. Et aussi, d'y revenir un autre jour, dans six mois, dans un an, quand le contexte paraîtra plus favorable... Bref, accepter les refus mais sans les faire passer aux oubliettes.

▲ Nous allons rechercher une méthode de traitement et de récolte des données (titularisation des patientes, recherche d'information dans les dossiers et auprès des patientes) afin d'augmenter l'efficacité et la systématisation dans ce projet: connaissance des femmes concernées, encodage des résultats en cours, utilisation du dossier médical et échancier papier...

▲ C'est en cherchant à définir un taux de couverture que l'on a mesuré les lacunes dans les dossiers: les taux de couverture sont relativement bons chez les femmes pour

lesquelles on a l'information, mais qu'en est-il des femmes dont le dossier ne porte aucune indication? On a donc fixé un nouvel objectif: celui de mieux remplir les dossiers.

▲ Nous avons choisi de nous occuper du dépistage du cancer du sein parmi un ensemble d'autres problèmes parce que c'est une activité que l'équipe faisait déjà mais pas d'une façon systématique. Dès lors les femmes plus irrégulières et à problème n'en bénéficiaient pas. Nous désirons étendre l'accès au dépistage réellement à toutes, c'est aussi une question d'équité.

Le travail en équipe

Le travail en équipe « est de plus en plus souvent cité comme un critère de qualité en soi, par la confrontation, les échanges, les comparaisons, le non-isolement qu'elle génère intrinsèquement. Par exemple: l'utilisation du même dossier par tous les intervenants d'une même équipe améliore la globalité, la continuité et l'intégration des prises en charge (aux Etats-Unis, les primes d'assurance professionnelle sont d'ailleurs plus élevées pour les médecins de famille travaillant solo que pour ceux travaillant en équipe) »¹.

Guère étonnant donc, que le travail en équipe ait déjà souvent été abordé ici: lorsque les soignants parlent de tel ou tel critère, ils évoquent très naturellement l'apport de chacun pour en faciliter la mise en pratique - et les outils de communication, de coordination que suppose cette articulation des regards, des compétences techniques et humaines.

▲ Il vaut mieux que les priorités de prévention soient discutées en équipe, parce que chacun a une vision différente des besoins. Si un seul secteur est concerné, les priorités risquent d'être mal identifiées. Si les médecins ont l'apanage des initiatives, on risque de se cantonner dans la prévention médicale, et puis c'est un peu lourd pour eux...

▲ La pluridisciplinarité ne veut pas dire



que tout le monde participe toujours à tout un projet particulier est souvent initié par une ou deux personnes, etc. est utile qu'elles restent le référent, il faut que quelqu'un maîtrise et suive l'ensemble du projet, ne pas vouloir diminuer son rôle par souci « démocratique »... Tout en préparant bien les relais pour asseoir le projet à long terme, l'intégrer dans la pratique quotidienne, les routines de travail... Et aussi, élaborer un contenu précis pour l'intervention de chacun : cerner ensemble qui peut apporter quoi, à quel moment, de quelle manière, dans quelle place.

▲ Le projet de prévention de l'ostéoporose s'est largement construit en équipe ; le regard non médical des accueillantes - et leur proximité avec la tranche d'âge concernée - a permis de mieux cerner la manière de s'adresser aux femmes ; elles ont participé à la construction de messages destinés au public ; elles font aussi le recueil annuel de données pour analyser le pourcentage de dossiers en ordre.

▲ Les accueillantes ont une place particulière par rapport au public : elles en sont souvent plus proches, ne sont pas dans une relation thérapeutique, entendent d'autres choses : il faut exploiter ces compétences.

▲ La kinésithérapeute n'a pas été très impliquée jusqu'ici, nous réfléchissons à son rôle ; un simple rappel du programme pour toutes les femmes vues en consultation et appartenant au public cible ; d'autant plus que certains problèmes amenés en consultation de kinésithérapie peuvent être liés à un début d'ostéoporose ; et parce que la prévention de l'ostéoporose implique l'exercice physique.

▲ Dans notre suivi des diabétiques, le travail en équipe s'est décliné sous la forme d'un partage précis des tâches, ce qui permet d'utiliser au mieux les compétences de chacun, de s'appuyer sur le contexte dans lequel chacun rencontre le patient (l'infirmière à domicile l'approche autrement que le médecin en consultation)... mais comment rester global, ne pas morceler le

patient (tu t'occupes des pieds, moi je l'écoute, toi tu fais la prise de sang...) ? Tout en ayant des tâches spécifiques, chacun reste dans une écoute de la personne ; et la concertation régulière, formelle et informelle, fait que les pratiques ne sont pas juxtaposées, l'échange des regards facilite une perception globale qui se répercutera auprès du patient.

● *Chez eux, c'est confidentiel, il y a le secret médical. Tous les jeudis ils ont une réunion, ils parlent des patients, mais pas en mal, c'est pour voir l'évolution, ils comprennent mieux ensemble.*

● *Si un patient parle avec l'accueillante, elle écoute, elle répond. Si le patient ne raconte pas ça au médecin, et si dans leur réunion l'accueillante se rend compte que le médecin ne connaît pas quelque chose de très important, elle va le dire... Elle doit le dire.*

● *Il y a plus dans deux têtes que dans une. C'est important, leurs réunions d'équipe, se parler, discuter, on est connu, ça fait partie du suivi, notre dossier est là, les gens savent qui on est.*

● *Pour moi, l'accueil, c'est important. J'ai été à l'orphelinat et puis dans un home avec des religieuses, c'était dur. Ici, elles n'ont pas toujours le temps, mais parfois plus que le médecin, alors je vais m'asseoir à l'accueil, on discute, et de toute façon, on est accueilli.*

● *Les kinés, sont extra, elles viennent à Noël, le samedi, le dimanche, les jours fériés ; elles prennent le temps, on a un contact, une conversation ; elles voient mieux que le médecin si ça va avec le petit, elles le connaissent mieux, c'est pas la même chose comme contact.*

Ce qui est bien aussi, c'est qu'on sait qu'ils travaillent ensemble, qu'ils en parlent, alors même si le médecin n'a pas beaucoup de temps...

Tous ces extraits montrent bien que la richesse du travail en équipe est d'autant plus grande,

qu'il y a un réel échange à partir des compétences, des regards, du contexte spécifique au travail de chacun - on arrive parfois jusqu'à la transdisciplinarité - où l'un écoute et se coordonne avec l'autre, mais se laisse en outre pénétrer par le regard, la sensibilité de l'autre.

Le travail en équipe et la manière dont on le conçoit ont des implications directes en terme d'outils : le dossier est un outil essentiel, qui peut devenir vraiment un soutien au travail en équipe comme à d'autres critères de qualité - pour autant que chacun y ait accès, le consulte, y indique ce qu'il y a lieu de garder et de partager ; le dossier mais aussi les feuilles de liaison, les moyens mnémotechniques, les réunions, les espaces de parole... Une gestion efficiente de l'information pourrait être considérée comme un objectif intermédiaire, ou un critère de qualité en soi.

La participation des patients

« La participation des patients peut aller de la simple utilisation des services à l'intervention dans la prise de décision ou dans la gestion. La participation peut prendre des formes collectives ou individuelles, être suscitée par les professionnels ou initiée par les patients... ; un projet est participatif s'il est à l'écoute des demandes, s'il aide à mieux les entendre, si les patients ont l'occasion de s'exprimer, de participer aux différents stades d'un projet, de le modifier, voire de le refuser... »¹.

▲ Même si la participation au programme semble satisfaisante, cela ne permet pas de faire l'impasse sur d'autres questions: qu'en est-il de la perception de la maladie? Est-ce qu'entrer dans un « programme chronique » ne risque pas d'alourdir le sentiment d'être malade? Qu'est-ce que ça fait d'entrer dans un « groupe à risque », celui des femmes qui vieillissent (cinquante ans la mammographie, l'ostéoporose, bon anniversaire...), celui des parents pas vraiment très compétents, déjà socialement disqualifiés?

▲ C'est bien souvent là le problème de la prévention.. donc, nous essayons de

toujours mettre le patient au centre : proposer sans imposer, trouver les mots adéquats, diversifier l'approche, renforcer non pas le problème qui alourdit déjà la vie du patient, mais bien les ressources, les compétences qu'il a ; organiser le programme pour qu'il se sente déchargé des aspects que le soignant gère mieux que lui, de ce qui ne lui appartient pas ; et chargé-valorisé dans ce qu'il peut gérer lui-même ; nous avons longuement réfléchi à la manière de présenter un projet dont l'objectif central est de requalifier sans induire un constat préliminaire d'incompétence..

▲ Entendre, comprendre les sensibilités, se forger une image juste du public auquel on s'adresse - pour construire le projet puis pour l'évaluer.. quels outils? L'échange dans l'équipe, et avec d'autres intervenants du réseau ; la rencontre avec des patients individuellement ou en groupe (pour l'évaluation, un extérieur est souvent préférable)... Les questionnaires écrits sont un outil, plus ou moins adéquat selon le degré de profondeur souhaité.

▲ Dans ce projet, la participation est au centre : faire entrer un parent au moins en relation directe, physique, tactile, verbale et ludique avec l'enfant (massage) ; l'amener à s'intéresser et à participer aux jeux proposés ; ouvrir un cheminement dans leur conception de l'éducation, de la relation parent/enfant.

▲ Nous envisageons d'informer de façon efficace à propos de la mammographie (parfois les patientes sont informées mais ne se sentent pas concernées). Il leur sera demandé de nous informer sur leur « statut » mammographique. Elles devront faire un choix lorsque l'examen de dépistage leur sera proposé. Nous espérons qu'à long terme, ces femmes prendront l'initiative de demander l'examen de dépistage, que ce dépistage s'intégrera dans leur vie de femme.

▲ Nous devrions insister pour que les personnes assurent la transmission de leurs résultats à la maison médicale lorsqu'elles

se font dépister chez un gynécologue privé

● *Les articles du journal pour les patients de la maison médicale apportent un éclairage qui vous conforte que vous avez plus ou moins bien géré le problème.*

Dans les messages donnés, il y a des choses qui me touchent, des choses qu'on apprend et des choses qu'on connaît aussi.

C'est toujours intéressant de les rappeler.

Ce que je lis me donne des idées dont je peux parler à mon médecin.

Si je ne l'avais pas vu, ça ne me viendrait pas à l'idée de lui poser la question.

● *Je suis alcoolique mais abstinent...*

Je ne dois plus boire une goutte ; un gâteau au moka, je ne vais pas le manger... S'il y a du rhum dedans, ça risque de me redonner le goût de boire. Non, ce n'est pas le docteur qui m'a dit ça, c'est moi qui sais, je ne lui demande même pas... C'est peut-être dans ma tête, c'est peut-être pas pareil pour tout le monde, mais pour moi, c'est comme ça.

● *Ce qui m'a manqué, c'est le travail.*

J'ai été soutenu par la maison médicale pour trouver du travail, mais j'ai eu la force par moi-même aussi...

Eux, ils m'ont sauvé - mais moi j'ai eu le courage, j'ai trouvé le travail par moi-même, car j'ai eu la volonté.

● *Ah, si je ne suis pas d'accord, je lui dis !*

Et si je n'ai pas compris quelque chose, ou qu'elle a oublié d'expliquer, je le lui dis !

Avant je n'osais rien dire au médecin, maintenant je suis à l'aise, je n'ai pas de problème à lui dire ce que je veux...

C'est parce qu'elle m'a sorti du trou, avec le père de mes enfants qui me battait. Si je ne lui en avais pas parlé, j'aurais gardé ça pour moi, j'avais personne... Comme elle m'a aidé pour ça, je parle plus facilement, je peux discuter si je ne suis pas d'accord.

Inutile de souligner à quel point ce critère est lié aux autres - surtout après avoir constaté que, en abordant eux-mêmes - sans les nommer - les critères de qualité, les patients participent à la définition même des principaux aspects de la qualité des soins. Les paroles des patients

montrent bien que la participation est un cheminement ; c'est bien souvent à partir d'une écoute attentive, d'un soutien discret à des potentialités parfois très amoindries, que, progressivement, les patients peuvent (re)devenir acteurs - dans leur santé, dans leur contexte social, dans leur vie.

La satisfaction des soignants

La satisfaction des soignants « est une notion très subjective, elle dépend de la manière dont on conçoit son travail et dont on définit ses objectifs. Elle est essentielle, car un projet risque de ne pas être maintenu à long terme s'il ne procure pas une satisfaction à l'équipe. La satisfaction de l'équipe résulte peut-être en grande partie d'un accord sur les points qui précèdent : si le projet est perçu par tous comme pertinent, efficace, global, etc. il a des chances d'être satisfaisant »¹.

La définition des priorités en équipe, l'accord sur la pertinence d'un projet est une condition très importante, voire incontournable. Autre condition à tout le moins largement favorable, c'est l'échange approfondi sur ce que l'on attend d'un projet, le sens qu'on lui donne, ce qu'il peut apporter à chacun - aux patients, à chaque soignant, dans la dynamique de l'équipe - autrement dit, un « détour » parfois long sur les critères de qualité, sur les objectifs, les méthodes de mise en place...

Au-delà des méthodes de travail proprement dites, la satisfaction dépend aussi d'éléments très subjectifs, du climat de travail sur lequel on ne peut qu'essayer de trouver le meilleur accord possible, tout en sachant qu'il sera toujours imparfait et dynamique. En tous cas, ce n'est pas un luxe. Une étude² rapporte que la qualité objective des soins - notamment en terme de continuité et d'accessibilité - est corrélée à la satisfaction des soignants quant au climat de travail. Elle montre aussi que les visites à domicile - même justifiées - ont plus de chance d'être considérées comme inutiles par le soignant lorsque celui-ci perçoit mal le sens de son travail et identifie mal son identité professionnelle. Enfin, il a été démontré³ que le travail génère plus de stress au sein des

(2) Sihvonon M., Kekki P., « unnecessary visits to health centres as perceived by the staff », Scand J Prim Health Care 1990 Dec ; 8.

(3) Kekki P., Sihvonon M., « Health Center efficiency. First results of an organizational analysis of four Finnish health Centres », Scand J Prim Health Care 1989 Oct ; 7.

Les critères de qualité: tout le monde en parle...

secteurs médical et administratif quand la communication est insuffisante entre les divers groupes professionnels, quand le transfert d'information est problématique, ce qui indique des difficultés dans le planning, l'organisation du travail, la coordination des tâches. Toute recherche sur le sens du travail et les moyens de l'optimiser mérite donc que l'on s'y attarde, parfois longuement et au prix de certaines confrontations.

▲ La satisfaction.. Ça dépend de tellement de choses.. Saisir le sens de ce qu'on fait: trouver les mots justes avec les patients; poser les gestes adéquats; garder le fil d'une histoire complexe qui se joue parfois sur toute une famille; sur plusieurs générations..

▲ Et aussi travailler en confiance avec les collègues: avec des moyens et des espaces pour communiquer dans une ambiance agréable, conviviale. Le problème c'est souvent le manque de temps: le travail en urgence; on loupe des occasions de se parler; on se parle trop vite. Il faudrait plus de temps; trouver des outils; des procédures qui facilitent.

▲ L'évaluation: cela a été une étape très stimulante: voir ce qu'on fait; on a été étonné du bon résultat; en même temps il y avait des failles; etc'était plus facile d'en discuter en ayant des éléments objectifs; en sachant mieux vers quoi aller; quels aspects améliorer..

La satisfaction des patients

La satisfaction des patients « pourrait en fait constituer le premier de tous les critères, surtout si l'on se place dans la perspective consumériste d'un marché de soins fait d'offres et de demandes. Il est fondamental de la prendre en compte à toutes les étapes des processus de soins, en sachant qu'il n'y aura jamais concordance parfaite entre les besoins de santé, tels qu'ils sont définis par les professionnels ou les enquêtes épidémiologiques, les attentes et les demandes des patients et les services qui sont en mesure d'être proposés. Il est seulement

possible de tendre vers l'équilibre optimal. Exemple: la bonne répartition entre consultations et visites à domicile est très difficile à définir selon que l'on se place du côté du patient souffrant et en demande, ou de celui du médecin surchargé qui se sent souvent dérangé par des malades trop exigeants par simple volonté de confort de leur part »¹.

La satisfaction des patients a des effets démontrés à moyen terme (par exemple la compliance au traitement) et à long terme (l'amélioration de la santé), même si l'environnement socioculturel joue un rôle déterminant⁴.

▲ A partir du critère d'acceptabilité, nous avons analysé les raisons d'insatisfaction quant à la salle d'attente. Cette analyse s'est faite par l'observation de notre pratique quotidienne; par des échanges entre intervenants; et par l'observation des patients à l'aide d'une grille d'observation. Nous avons constaté que, d'une part au sein de l'équipe, il y a des attitudes différentes par rapport à certaines demandes de patients (exemple: passer après la fin de consultation; réquisitoires; ordonnances); et d'autre part que les patients sont sensibles aux différences de fonctionnement: ils imposent leurs règles; profitent de ce flou; ils sont insatisfaits s'ils se sentent lésés et tentent parfois de détourner les règles.

▲ La satisfaction des patients, c'est quelque chose de dynamique; ce n'est pas donné une fois pour toutes; cela nécessite une réflexion permanente. Il ne s'agit pas de répondre à toute demande, sans négociation, sans échange; la satisfaction des patients est liée à l'expérience qu'ils ont d'une certaine pratique des soins; c'est à nous de leur donner l'occasion de percevoir l'intérêt de cette pratique; il y a un apprentissage mutuel; une écoute réciproque qui permet de rapprocher la demande et le besoin; notre approche des soins et celle des patients..

● *Un bon docteur, c'est humain, jovial, il ne prescrit pas si on n'a pas besoin...
J'en ai eu un, il faisait tout comme on*

(4) Sihvonen M., Kayhlo K., Kekki P., « Factors influencing the patient-provider relationship », Vard Nord Utveckl Forsk 1989 Summer; 9c.



demande, un certificat, une ordonnance, mais c'est tout, il n'y avait pas de contact... Tandis que le docteur X connaît le dossier, je peux lui téléphoner, lui parler, il y a un autre contact.

● *Un bon docteur, c'est quelqu'un de sérieux, je veux dire aimable, on n'a pas l'impression que ça le dérange quand on appelle. Quelqu'un de causant, avec qui on peut discuter, qui explique tout. Ça veut dire, prendre son temps pour examiner, soigner.*

● *C'est tout à fait autre chose ici, il y a une chaleur, une écoute. Le temps s'écoule autrement ; ailleurs la vie est surmenée, ici on vous fait prendre conscience qu'elle peut s'écouler autrement, les gens ne sont pas stressés. Ailleurs le médecin est stressé, et vous êtes déjà stressés, alors le médecin c'est votre miroir.*

● *Depuis vingt ans qu'on se connaît, on ne peut pas dire qu'on est devenu copains, mais on se fait des confidences, elle comprend. On sent que la confiance est réciproque.*

● *Vous voyez, le docteur, quand il a eu des problèmes, il a arrêté de travailler pendant quelque temps. Je me suis dit que plus il attendrait pour s'y remettre, plus il aurait difficile. J'ai eu envie de lui en parler, je l'aurais fait s'il l'avait fait... Je trouvais que ce n'était pas à moi de le faire, mais je lui ai fait comprendre... Vous voyez, je dis, quand il revient, « et ça va bien docteur ? » pour qu'il comprenne qu'il peut m'en parler, de son problème... Ce n'était pas à moi de le faire, mais je voulais qu'il comprenne que s'il voulait... Remarquez, peut-être qu'il se dit la même chose et finalement on se renvoie la balle...*

consacrer du temps à cette étape, de questionner tous les aspects de la qualité des soins. En effet, non seulement les critères se complètent, mais en outre, ils se contrebalancent, comme le montrent les réflexions exposées ci-dessus. Ainsi, un programme systématique risque de devenir totalitaire si l'on n'est pas suffisamment attentif au respect de la personne, à la participation des patients ; l'efficacité théorique d'une intervention n'est pas la seule base pour définir des objectifs - car il faudra aussi tenir compte des caractéristiques de l'équipe et de la patientèle, du contexte concret dans lequel l'intervention se met en place - bref, de l'efficacité pratique...

L'assurance de qualité invite donc à entrer dans un processus qui nécessite du temps - le temps de s'arrêter, de questionner les évidences, de ré-interroger le sens de ce que l'on fait tous les jours. Interroger, interpellé, mettre en question - soumettre à la question ? ; cela peut être douloureux, déstabiliser, faire violence aux idées, aux habitudes, aux personnes... ; et c'est là qu'un cadre de référence peut être utile, parce qu'il permet d'ouvrir de nouveaux chemins à partir d'une base qui fait consensus, à partir de principes qui ont du sens pour chacun.

Plus globalement, ce type de démarche participe à la valorisation des soins de santé primaires : définir ce qui fait la qualité d'une certaine pratique facilite le dialogue avec ceux qui ne la connaissent pas bien, qui méconnaissent les problèmes qui se posent en première ligne et la complexité de leur prise en charge. A l'heure où l'assurance de qualité - issue, ne l'oublions pas, de l'industrie et de sa logique marchande - s'impose de plus en plus, il est essentiel de lui donner un autre sens que celui d'un contrôle rigide basé sur des indicateurs dont la pertinence risque d'être limitée et de ne pas rendre compte de tout ce qui fait la qualité des soins. ●

Conclusion

Est-il indispensable de considérer tous les critères pour un projet particulier, n'est-il pas plus réaliste d'en sélectionner certains ? Il paraît souvent tentant d'opter pour la deuxième voie ; toutefois l'expérience montre l'intérêt de

Cet article se base sur la bibliographie déjà citée dans l'article précédent.