



Les obstacles à la qualité : barrières visibles et invisibles

Agnès Jacqueryrie
Docteur en santé publique, École de santé publique, département politique et système de santé, Bruxelles

Nombreuses ont été les désillusions qu'ont essuyé les hôpitaux américains en croyant qu'il suffisait de greffer les dernières méthodes de gestion pour réaliser des progrès immédiats, significatifs et durables dans les programmes qualité.

Les programmes qualité instaurent-ils un changement de type I ou de type II ? Nizard mentionne les réflexions de Watzlawick, psychologue à l'École de Palo Alto en Californie (extraits) : « *Une analyse des changements montre que, malgré les vertigineux appels pour des transformations des structures et des comportements, les résultats sont médiocres. Tout se passe comme si le changement n'était qu'une ride éphémère. Ces changements appelés de type I ramènent à la même chose, malgré la volonté d'innovation des agents d'innovation. "Plus ça change, plus c'est la même chose". Cependant certaines organisations ne manquent pas de capacité à se transformer. Elles ont de fortes potentialités d'apprentissage et de création. Ce sont des organisations en expansion qui innovent en permanence dans leurs stratégies et leurs structures, leurs projets et leurs managements. Elles sont dans le changement type II, le système change qualitativement. Dans les organisations hospitalières, le changement est tout cela en même temps. C'est dire son ambiguïté et l'ambivalence qu'il suscite auprès des personnes qui à la fois le souhaitent et le craignent* » [36, 48].

Cette ambivalence suscite un ensemble d'obstacles dont la nature est très variée. De plus, ceux-ci sont très nombreux, souvent encore mal définis voire insoupçonnés.

Les obstacles rencontrés peuvent cependant être départagés en deux classes de difficultés :

- des difficultés d'ordre technique : engendrées par la notion de qualité elle-même, elles sont généralement identifiables et relativement surmontables ; nous les avons appelées les barrières visibles ;
- des difficultés d'ordre stratégique et relationnel : plus malaisées à discerner, moins évidentes que les premières, bien que tout aussi opérantes ; nous les avons nommées les barrières invisibles. Elles reposent sur des comportements actifs ou passifs, parfois conscients mais bien souvent inconscients et, de ce fait, le plus souvent inavoués.

Les barrières visibles

Les barrières visibles peuvent elles-mêmes se classer en deux catégories :

- des difficultés liées à la diversité de concepts et de terminologie concernant la qualité,

- des difficultés d'ordre opérationnel. En effet, les intentions des programmes sont parfois présentées de manière tellement théorique qu'elles en deviennent complexes et hermétiques. Dès lors, les difficultés surgissent lors de la mise en pratique de ces programmes. Cette approche s'intègre alors difficilement dans les activités de tous les jours pour les gens de terrain. Si le programme n'est pas rendu opérationnel aux yeux des gens de terrain, il ne pourra s'étendre sur une échelle suffisante et deviendra, dans l'organisation du travail, comme un corps étranger qui subira, tôt ou tard, un rejet. Des exemples concrets seront développés.

Les barrières invisibles

Ce qui distingue les barrières invisibles des précédentes, c'est qu'avec elles nous entrons dans un domaine d'obstacles non matérialisés, où il n'est donc ni question de normes, ni de critères, ni de règlements ou de procédures écrites. On ne peut donc, dans l'évaluation de ces obstacles, pratiquer aucune mesure. Il s'agit d'éléments d'ordre « humain », non apparents, parce qu'insoupçonnés ou difficilement avouables. Plusieurs facteurs de base semblent être à l'origine de ces difficultés :

- des facteurs liés à des pressions extérieures à l'institution ;
- des facteurs essentiellement liés à des éléments institutionnels et des comportements collectifs ;
- des facteurs plus individuels dus au manque de communication.

Piloter un programme qualité nécessite de mener une réflexion de fond sur comment rendre ce programme à la fois motivant, opérationnel et compatible avec l'activité quotidienne du personnel soignant, et surtout non menaçant. Il est donc nécessaire de comprendre pourquoi et comment mobiliser le personnel, pour susciter d'abord son adhésion à l'étape de sensibilisation, gagner ensuite sa participation lors de la mesure et enfin, mériter son engagement dans l'amélioration de la qualité des soins. Nous savons que les personnes impliquées dans un plan d'amélioration de la qualité ne l'acceptent que si elles sont persuadées que cela contribue à un progrès à leur propre niveau et qu'il n'y a pas de risque majeur.

Pour permettre que le personnel s'approprie le programme qualité et y adhère, Jacqueryrie et al. proposent de tenir compte du modèle VIP (*Very Important Person*) : « *Le patient au cœur, le personnel au centre* », en rappelant en effet que le personnel représente le moteur du programme qualité puisque, sans sa participation active, on ne peut espérer une amélioration de la qualité des soins [25]. Le modèle VIP a deux composantes : la première est de considérer, dans un programme qualité, toutes les personnes comme vraiment importantes ; la deuxième consiste à prendre en compte les trois éléments suivants : les valeurs, l'intérêt et le plaisir. Car le programme qualité a intérêt à être concordant avec les valeurs acceptées par l'autre (valeurs), à apporter

un intérêt spécifique et direct à l'autre (intérêt) et, enfin, à susciter le plaisir de l'autre (plaisir).

Adapter le programme selon ce cadre de référence VIP pour le corps médical a été jusqu'à présent, sinon ignoré, en tout cas entièrement négligé. Il permettrait d'éclaircir ses résistances tout à fait compréhensibles, et nous savons que, sans la contribution du corps médical, les programmes qualité ne pourront progresser.

Certains programmes qualité sont à double tranchant :

s'ils peuvent renforcer l'organisation, ils peuvent aussi la déstabiliser. Or gérer le changement est l'art de l'équilibre [13]. Un changement de type intermédiaire entre le type I et le type II nous paraît le plus adéquat à promouvoir. Les programmes qualité atteindront alors leurs objectifs : promouvoir des améliorations de rendement, d'efficacité, d'efficience et surtout de qualité et de bien-être au travail, véritables défis que doivent relever les établissements de soins dans ce troisième millénaire. ■

Démarche qualité dans une consultation de dépistage anonyme et gratuit

La petite taille des CDAG et la spécificité des relations patient-professionnel leur permettent une mise en œuvre de la démarche qualité plus simple et rapide.

La consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) est un dispositif atypique : en pratique, le patient (on dit plutôt le « consultant ») pose lui-même l'indication du test diagnostique. En rupture avec son exercice habituel, le praticien doit se mettre en scène plutôt comme un « conseiller ».

Une part importante est faite à une écoute neutre, peu interventionniste, de façon à évaluer au mieux les risques éventuels et à inciter le consultant à adopter une stratégie personnalisée de protection : la demande de test apparaît plutôt comme une opportunité à un échange avec un professionnel spécialisé, à propos d'une problématique intime souvent difficile à exprimer spontanément. Dans un tel contexte de pratique émergente, peu ou pas codifiée, la démarche

qualité peut constituer, après l'élaboration d'un référentiel spécifique adapté à cette consultation atypique, une ressource précieuse pour les professionnels concernés (agent d'accueil, infirmière, médecin). Certains éléments de ce référentiel sont communs à toute démarche de qualité, mais d'autres relèvent de l'activité spécifique de la consultation. Certaines insuffisances ou lacunes, susceptibles d'avoir une importance déterminante dans la qualité finale du service offert au public, peuvent ainsi être facilement repérées et réparées : qualité de l'accueil, convivialité de la salle d'attente, et sa confidentialité (remplissage de l'auto-questionnaire), confidentialité du poste de prélèvement, qualité et clarté pour le consultant des documents d'information disponibles, caractère commun du discours entre les différents médecins, etc. Il faut aussi remarquer que certains dysfonctionnements apparents se révèlent en fait être une réponse adéquate à la demande ; par exemple, une salle d'attente pleine avec un délai d'attente assez long peut aussi bien dire une insuffisance de moyens,

un problème organisationnel qu'une réponse appréciée des consultants préférant attendre un peu plus que de se rendre ailleurs. La petite taille des structures de CDAG et le caractère déjà particulier des consultations qui s'y déroulent sont des atouts intéressants dans une démarche qualité : mettre en œuvre une démarche qualité est ainsi plus simple, plus rapide, et le colloque singulier avec le consultant se prête à investiguer plus avant son avis sur le centre.

Au total, si anonymat, confidentialité et gratuité sont les spécificités affichées de la CDAG, fondements de sa réelle popularité auprès des usagers, il faut souligner que l'interactivité entre le public et les intervenants constitue en définitive le ressort majeur du dispositif. Dans cette perspective, la constante évaluation de la qualité finale du service offert au public s'intègre naturellement à ce processus. ■

Marc Shelly
Médecin CDAG,
hôpital Fernand-
Widal
**Emmanuelle
Lebrun**
Interne des
hôpitaux de Paris