

**ASBL Fondation JEAN BOETS**

**PANEL DE MIDI**  
**du 2 Mars 1995**

**Thème :**

**LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL**  
**DANS LES HOPITAUX**

**n° 10**

Editeur responsable : Philibert CAYET, Président de la Fondation Jean BOETS  
Rue Montegnée, 144 ● 4101 JEMEPPE ● Tél : 041/37.87.61

---

## LE BILLET DU PRESIDENT

---

### NOS DIX PREMIERS PANELS DE MIDI



*Le 21 juin 1991, nous organisons notre premier PANEL de MIDI; ce jour-là, nous abordons le thème «PARTENARIAT ECONOMIE-ENSEIGNEMENT : l'inadéquation de l'enseignement technique aux besoins réels de l'économie, VRAI ou FAUX?».*

*Dans l'après-midi du 2 mars 1995, nous terminons les travaux du PANEL de MIDI N°10, ayant pour sujet «LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL DANS LES HOPITAUX», 1995 étant déclarée année de l'infirmier(e).*

*Ainsi, en moins de quatre ans, nous avons mis sur pied DIX PANELS consacrés à des sujets d'actualité, nous permettant de recueillir les avis de quelque quatre cents spécialistes.*

*Ces réunions sont en quelque sorte des «anti-congrès» : pas de longs discours préparés d'avance, pas de publics «passifs». Au contraire, lors des PANELS, les interventions sont courtes, synthétiques, afin que tous les participants puissent*

*prendre la parole et exprimer leurs opinions, en petites «touches» successives.*

*Chaque PANEL de MIDI conduit à la rédaction d'une BROCHURE de SUIVI. Ce fascicule est envoyé aux nombreuses personnes solidaires de notre action, parmi lesquelles plus de mille personnalités issues des milieux politique, socio-économique, pédagogique. A ce jour, nous avons diffusé plus de douze mille brochures de suivi.*

*Inlassablement, nous poursuivons notre objectif fondamental : PROMOUVOIR L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE, en expliquant pourquoi l'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE EST EXEMPLAIRE.*

*Ainsi, dans le cadre de notre campagne d'information, nous avons également distribué dix mille brochures et douze mille feuillets intitulés L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE, LE BON CHOIX.*

*Par ailleurs, un stand démontable décrivant notre programme d'activités circule depuis cette année dans les écoles,*

principalement à l'occasion des journées «portes ouvertes». Nous l'avons également présenté dans diverses expositions en rapport avec l'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE : un exemple parmi d'autres, le salon Carrefour Wallon - Eveil aux Métiers , qui s'est tenu à Liège du 22 au 25 mars 1995.

Deux opérations sont actuellement en cours : d'une part, un envoi de documents aux instituteurs(trices) du troisième degré de l'enseignement primaire et d'autre part, une distribution de quelque vingt mille affichettes.

L'IMAGE de MARQUE de l'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE en général, c'est notre affaire... que nous concevons comme complémentaire à l'action des directions d'instituts et de leur personnel en faveur de leur propre établissement. Nous sommes à leur disposition.

Le Président,

Philibert CAYET

## CAMPAGNE DE PROMOTION DE L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE

### NOS DIX PREMIERS PANELS DE MIDI

**PANEL n° 1 du 21 juin 1991**

**Thème :** *PARTENARIAT ECONOMIE-ENSEIGNEMENT*

L'inadéquation de l'enseignement technique aux besoins réels de l'économie :  
VRAI ou FAUX ?

**PANEL n° 2 du 13 décembre 1991**

**Thème :** *PARTENARIAT ECONOMIE-ENSEIGNEMENT*

L'équipement des écoles techniques

**Sponsor :** *COCKERILL-SAMBRE*

**PANEL n° 3 du 20 mars 1992**

**Thème :** *LA FORMATION PAR ALTERNANCE*

**Sponsor :** *FABRIMETAL LIEGE-LUXEMBOURG*

**PANEL n° 4 du 25 mai 1992**

**Thème :** *L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE, C'EST QUOI ?*

**Sponsor :** *ASSOCIATION LIEGEOISE D'ELECTRICITE (A.L.E.)*

**PANEL n° 5 du 25 novembre 1992**

**Thème :** *SANTE, DISCIPLINE ET SECURITE DANS LES ECOLES TECHNIQUES*

**Sponsor :** *COMITE PROVINCIAL DE LIEGE POUR LA PROMOTION DU TRAVAIL*

**PANEL n° 6 Servais GARDIER du 19 mars 1993**

**Thème :** *ENSEIGNEMENT TECHNIQUE, RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT*

**Sponsor :** *SOCIETE COOPERATIVE DE PRODUCTION D'ELECTRICITE (S.P.E.)*

**PANEL n° 7 du 14 décembre 1993**

**Thème :** *ENSEIGNEMENT TECHNIQUE ET DYNAMISME DES ENTREPRISES*

**Sponsors :** *SOCIETE PROVINCIALE D'INDUSTRIALISATION (S.P.I.)  
INSTITUT PROVINCIAL DES CLASSES MOYENNES (I.P.C.M.)*

**PANEL n° 8 du 25 mars 1994**

**Thème :** *ENSEIGNEMENT TECHNIQUE, FORMATION PROFESSIONNELLE ET P.M.E.*

**Sponsors :** *SERVICES DES AFFAIRES CULTURELLES ET DE LA JEUNESSE DE LA PROVINCE DE  
LIEGE (S.A.C.J.P.L.)*

**PANEL n° 9 du 30 septembre 1994**

**Thème :** *ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE, PARTENAIRE SOCIO-ECONOMIQUE*

**Sponsors :** *SOCIETE COOPERATIVE DE PRODUCTION D'ELECTRICITE (S.P.E.)  
ASSOCIATION INTERCOMMUNALE POUR LE DEMERGEMENT ET L'EPURATION DES  
COMMUNES DE LA PROVINCE DE LIEGE (A.I.D.E.)  
ASSOCIATION LIEGEOISE D'ELECTRICITE (A.L.E.)  
SOCIETE COOPERATIVE LIEGEOISE D'ELECTRICITE (SOCOLIE)*

**PANEL n° 10 du 2 mars 1995**

**Thème :** *LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL DANS LES HOPITAUX*

**Sponsors :** *CENTRE DE COOPERATION TECHNIQUE ET PEDAGOGIQUE (CE.CO.TE.PE.)  
COMITE PROVINCIAL DE LIEGE POUR LA PROMOTION DU TRAVAIL*

FONDATION Jean BOETS  
PANEL de MIDI n° 10  
JEUDI 2 MARS 1995  
INSTITUT PROVINCIAL D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR PARAMEDICAL

LE BIEN-ÊTRE au TRAVAIL dans les HÔPITAUX

Sous la Présidence de  
Monsieur André GILLES, Député permanent



de gauche à droite :

- M. Ivan FAGNANT, Directeur général de l'Enseignement de la Province de Liège
- M. Raymond GRENIER, Professeur agrégé, Faculté des Sciences hospitalières de l'Université de Montréal
- M. André GILLES, Député permanent
- M. Pierre LEVRARD, Directeur médical au Centre hospitalier régional de la Citadelle de Liège
- M. Georges RORIVE, Professeur au Centre hospitalier universitaire du Sart Tilman de Liège
- M. Jean BOETS, Directeur général honoraire de l'Enseignement de la Province de Liège



Monsieur André GILLES, Député permanent

**FONDATION Jean BOETS  
PANEL de MIDI n° 10  
2 MARS 1995**

**LE BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL  
DANS LES HÔPITAUX**

---

Sous la Présidence de Monsieur André GILLES, Député permanent.  
Sous la coordination de Monsieur Pierre EVRARD, Directeur Médical au Centre hospitalier régional de la Citadelle de Liège et de Monsieur Georges RORIVE, Professeur au Centre hospitalier universitaire du Sart Tilman de Liège.

**Accueil par M. André GILLES, Député permanent**

Monsieur Gilles ouvre le Panel en réaffirmant la nécessité d'une école ouverte sur l'extérieur et en soulignant l'importance de la liaison entre l'enseignement et le monde économique.

Donner à des personnes issues de milieux différents, mais dont les intérêts convergent, l'occasion de se rencontrer, est toujours bénéfique. La société plus juste et solidaire à laquelle nous aspirons est à réinventer sans cesse : elle ne pourra se construire qu'avec les enseignants et tous ceux qui ont recours aux personnes formées.

La Fondation Jean Boets fait partie des forces vives qui agissent dans cette voie : elle cherche à promouvoir et développer l'enseignement technique et professionnel par l'instauration de synergies. Ce dixième panel confirme une fois encore l'effort mené par la Fondation depuis sa création.

Monsieur GILLES remercie tout particulièrement Monsieur BOETS pour son travail incessant en faveur de la collectivité.

**Introduction par M. Jean BOETS, Directeur général honoraire de l'Enseignement de la Province de Liège, Président d'honneur de la Fondation Jean Boets**

Monsieur Boets remercie chaleureusement Monsieur André GILLES, Député permanent, d'avoir accepté de présider ce Panel de Midi n°10.



Il manifeste sa reconnaissance à Monsieur EVRARD, Directeur Médical au Centre hospitalier régional de la Citadelle de Liège et à Monsieur RORIVE, Professeur au Centre hospitalier universitaire du Sart Tilman de Liège, qui animeront les débats.

Monsieur BOETS adresse ensuite ses remerciements à Madame DELY, Commissaire générale adjointe au Commissariat général à la Promotion du Travail et à Monsieur CRESPIEN, Secrétaire du Comité provincial de Liège pour la Promotion du Travail, pour l'aide apportée lors de la préparation du Panel.

Par ailleurs, Monsieur BOETS se dit particulièrement heureux d'accueillir Monsieur GRENIER, Professeur de la Faculté des Sciences hospitalières de l'Université de Montréal.

Enfin, il remercie Monsieur FAGNANT, Directeur général de l'Enseignement de la Province de Liège, Monsieur MARTIN, Directeur général adjoint, Monsieur JACQUART, Directeur de l'IPES Paramédical de Liège et son équipe, pour avoir associé la Fondation à la journée d'étude sur «La qualité de la formation pour la qualité des soins».

L'objectif de ce Panel sera d'assurer la synthèse des deux manifestations que sont :

- le colloque du 15 février 1995, mis sur pied par le Commissariat général à la Promotion du Travail et consacré à l'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux ;
- la journée d'étude du 2 mars 1995, organisée par l'a.s.b.l. Centre de Coopération Technique et Pédagogique à l'Institut Provincial d'Enseignement Supérieur Paramédical de Liège et dont l'objet a déjà été cité.

Après avoir rappelé la méthodologie des panels, Monsieur BOETS présente la farde de documentation remise à tous les participants et attire tout spécialement leur attention sur la brochure intitulée «Personnel de santé, pour un travail meilleur», qui est un guide d'analyse des conditions de travail en milieu hospitalier.



M. Georges RORIVE, Professeur au Centre hospitalier universitaire du Sart Tilman de Liège

#### **M. Georges RORIVE, Professeur au Centre hospitalier universitaire du Sart Tilman de Liège**

Monsieur RORIVE soumet à la réflexion le thème abordé en matinée : «Quelle identité pour l'infirmière graduée

de demain ?».

Il propose à Monsieur LOVINFOSSE de développer son point de vue, en particulier sur la question des stages infirmiers.

**M. André LOVINFOSSE, Directeur du Département infirmier du Centre hospitalier régional de la Citadelle de Liège**

La stagiaire infirmière vit une discordance entre sa formation scolaire et la pratique sur le terrain, explique Monsieur LOVINFOSSE.

Elle est rapidement confrontée à un choix délicat : soit travailler comme l'école le lui a appris, soit agir comme le font les autres infirmières en situation réelle. L'élève est «en tiraillement»: son malaise provient essentiellement du fait qu'elle agit d'une certaine manière en présence de sa monitrice et d'une autre en son absence.

**M. Georges RORIVE**

Monsieur RORIVE confirme l'inadéquation existant entre la formation dispensée à l'école et la pratique professionnelle.

Ce faisant, il relève une autre contradiction, à savoir que l'école tend à privilégier l'apprentissage du geste professionnel au détriment de l'aspect psychologique, souvent évacué de la formation. Or, explique Monsieur RORIVE, l'infirmière doit non seulement être «une professionnelle de la seringue», mais aussi «une professionnelle de l'écoute».

**M. André LOVINFOSSE**

Si l'aspect humaniste ne peut être gommé de la formation, il ne doit pas pour autant devenir son objectif prioritaire, estime Monsieur LOVINFOSSE.

Le rôle premier de l'école est de former un technicien professionnel. Par ailleurs, on observe des convergences parfois étonnantes entre les registres professionnel et humaniste.

**M. Michel JACQUART, Directeur de l'Institut Provincial d'Enseignement Supérieur Paramédical de Liège**

L'approche scolaire se veut aujourd'hui plus globale et ce, dès le début de la formation, explique Monsieur JACQUART. Les études changent, car la manière d'aborder la maladie évolue.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue la mission première de la formation, qui est de répondre à des besoins de maîtrise. Le rôle de l'école est d'abord d'apprendre les gestes concrets : quels sont les principes de base en matière de soins, comment préparer un plateau, etc. L'école doit inculquer aux étudiants un certain formalisme - indispensable au métier - tout en évitant de les préparer à des choses trop précises, rapidement obsolètes. La création d'une troisième année a permis de former par la suite les jeunes à des fonctions plus pointues : gériatrie, pédiatrie, etc.

**M. André GILLES**

Si la notion même de «formation» implique la préparation à une certaine technicité, elle inclut aussi la préparation à la citoyenneté, rappelle Monsieur GILLES. C'est là où réside l'aspect humaniste et relationnel de la formation, sans lequel l'aspect purement technique serait vain : ces deux facettes sont toujours étroitement liées.

**M. André LOVINFOSSE**

En matière de formation, il est permis d'espérer une évolution depuis la réforme des études d'infirmière, présume Monsieur LOVINFOSSE.

Cependant, il faut bien reconnaître qu'à l'heure actuelle, il est plus difficile de se séparer d'un bon technicien manquant d'humanisme que d'un humaniste dévoué mais piètre technicien. Le second risque davantage de perdre son emploi que le premier : voilà, aujourd'hui, la réalité de la situation professionnelle en milieu hospitalier.

**M. Georges RORIVE**

Un autre mission essentielle de l'enseignement est d'apprendre aux personnes formées la capacité à s'adapter aux changements, précise Monsieur RORIVE.

En effet, les évolutions extrêmement rapides de l'environnement hospitalier rendent le bagage technique initialement reçu à l'école inadapté en cinq ans. Dans certains domaines, il est dépassé plus rapidement encore. Quelle proportion d'étudiantes et d'infirmières détient la capacité d'adaptation requise ?

**Mme Madeleine DECORTIS, Directrice honoraire de l'Institut Provincial d'Enseignement Supérieur Paramédical de Liège**

Ce problème est peut-être moins du ressort des écoles que des services hospitaliers, estime Madame DECORTIS. C'est avant tout à ces derniers qu'il revient d'organiser le changement et l'intégration.

En matière d'intégration, plus précisément, l'infirmière est amenée à se joindre à une équipe dont le médecin devrait idéalement faire partie sur un pied d'égalité avec tous les autres soignants. Si une hiérarchie est certes souhaitable, elle devrait en principe répondre à un processus de coordination.

En pratique, la personne prioritaire lors de l'acte d'intervention est le médecin. Par la suite, cette personne est l'infirmière, car c'est en elle que le patient place finalement sa confiance. Idéalement, cette confiance devrait pouvoir être placée en toute une équipe et permettre un choix pour telle ou telle équipe d'intervention.

**Mme Marcelle TROGRLIC, Directrice de l'Ecole Provinciale d'Aspirantes en Nursing et de Puériculture de Liège**

Le choix pour une équipe d'intervention est un privilège réservé à quelques-uns, note Madame TROGRIC. Tous les patients n'ont pas la possibilité de choisir l'endroit où se faire soigner.

#### M. Georges RORIVE

Si critères de choix il y a, ils varient en fonction des pathologies, précise Monsieur RORIVE. La personne qui choisit un lieu ou une équipe soignante le fait en fonction du type d'intervention qu'elle doit subir.

#### M. Pierre EVRARD, Directeur Médical au Centre hospitalier régional de la Citadelle de Liège



M. Pierre EVRARD, Directeur médical au Centre hospitalier régional de la Citadelle de Liège

Un hôpital occupe de nombreuses catégories de personnel, observe Monsieur EVRARD : infirmier, administratif, d'entretien, etc. Toutes ces catégories sont concernées par le «bien-être au travail» dont il est question aujourd'hui et, en réalité, chacune ressent le mal-être actuel du milieu hospitalier.

Lorsqu'on se pose la question de savoir à quoi tient ce mal-être, on constate que celui-ci est particulièrement présent dans les grands hôpitaux. La catégorisation existante dans les grandes institutions hospitalières y est encore davantage démotivante et déshumanisante; le manque de contacts entre les différentes structures y est encore plus marquant.

Comment humaniser l'hôpital? Voilà bien une question délicate, tant la réalité est complexe... Ne va-t-elle pas jusqu'à montrer que le personnel d'entretien est parfois lui aussi amené à dialoguer avec le patient?

Le mal-être à l'hôpital peut avoir diverses origines psychologiques. Une partie tient aux risques spécifiques liés aux métiers exercés en milieu hospitalier. Par ailleurs, l'hôpital de l'an 2.000 connaît une véritable contradiction entre la nécessité d'être productif dans le travail et le devoir d'humanisme envers le patient. Enfin, un autre facteur tient au fait que la population des hôpitaux, publics surtout, est désormais multi-culturelle et multi- raciale. Cela représente une situation nouvelle, à laquelle le personnel doit s'adapter.

Monsieur EVRARD tient à souligner, au travers de tous ces problèmes, le rôle fondamental joué par les Comités de Sécurité et d'Hygiène, ainsi que par la Médecine du Travail.

**M. Daniel HASARD, Directeur du Département infirmier du Centre hospitalier du Bois de l'Abbaye de Seraing**

«La qualité de la formation pour la qualité des soins» et «Le bien-être au travail dans les hôpitaux» sont non seulement des thèmes voisins, mais aussi communs, explique Monsieur HASARD. Et d'ajouter que sans qualité de vie à l'hôpital, il n'y a pas non plus de qualité des soins : un domaine où les Comités de Sécurité et d'Hygiène et la Médecine du Travail ont effectivement un rôle essentiel à tenir.

Il devient urgent de mettre l'accent sur les facteurs qui provoquent aujourd'hui un mal-être dans les milieux hospitaliers.

Le travail en équipe est un voeu pieux. En effet, le corps médical est généralement individualiste et s'intègre peu dans une équipe.

Fondamentale, la qualité de l'acte technique du médecin constitue une des principales attentes du public. Mais, dans le même temps, une des plaintes les plus souvent enregistrées auprès des patients est de ne plus voir le médecin une fois cet acte technique accompli.

**M. Pierre EVRARD**

Dans une majorité d'hôpitaux, à l'exception des centres hospitaliers universitaires, les médecins sont aujourd'hui des indépendants, explique Monsieur EVRARD. Leur pouvoir d'achat dépend donc des actes nomenclaturés qu'ils exécutent. C'est une évolution marquante qui a entraîné pour le médecin une dichotomie d'existence, partagée entre le travail à l'hôpital et le cabinet privé, entre la mission médicale et le souci de rentabilité. L'acte terminé, le médecin se tourne vers un nouvel acte; c'est ainsi que le chirurgien reste en quelque sorte enfermé au bloc opératoire et n'est plus en mesure de s'occuper plus complètement de ses patients.

Ce problème grave va nécessairement devoir être résolu, car c'est la survie même des hôpitaux qui en dépend, et l'on note déjà des évolutions. On essaye par exemple de faire davantage participer les médecins à la gestion des hôpitaux. Par ailleurs, les jeunes médecins acquièrent une nouvelle mentalité : l'acte de soigner est de plus en plus considéré comme un acte collectif impliquant une indispensable interdisciplinarité.

Dans le même temps, un nouveau corporatisme infirmier se substitue à l'ancien corporatisme médical, qui voulait que les détenteurs du savoir médical occupent le sommet de la hiérarchie hospitalière. L'hôpital de demain, pour survivre, devra obligatoirement se libérer de tout esprit corporatiste.

**M. José QUAIN, Représentant de FabrImétal, Comité Provincial du Hainaut pour la Promotion du Travail**

Parlant au nom du Comité Provincial du Hainaut pour la Promotion du Travail, Monsieur QUAIN fait part d'une opération en cours dans la Province du Hainaut, menée en collaboration avec les pompiers et l'inspection du travail, en vue d'inventorier le matériel dont disposent les hôpitaux. L'objectif visé est l'amélioration du bien-être du personnel des hôpitaux via l'amélioration des conditions travail : concrètement, il s'agit dans un premier temps

de dresser une carte provinciale des déficiences et manques en matériel. Cette opération n'est pas sans rapport avec les expériences menées en France en matière d'architecture hospitalière.

En tant que représentant de Fabrimétal, Monsieur QUAIN note que les cercles de qualité, après s'être fortement développés dans l'industrie, semblent aujourd'hui de moins en moins en vogue. Il souhaite interroger Monsieur GRENIER sur la situation en la matière au Canada.

**M. Raymond GRENIER, Ph. D., Professeur agrégé, Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal**

Lorsqu'on parle du bien-être à l'hôpital, encore faut-il savoir si on parle du bien-être du patient ou du personnel, remarque Monsieur GRENIER. Certes liées, ces questions méritent parfois d'être dissociées et hiérarchisées.

En ce qui concerne les cercles de qualité, Monsieur GRENIER précise qu'après avoir été élaborée aux Etats-Unis, cette technique a été enseignée aux Japonais. Ce sont finalement ces derniers qui ont été les mieux à même d'en exploiter les applications sur le terrain et de nous les transmettre à leur tour.

Lorsqu'on cherche à déterminer les principaux critères de qualité dans un hôpital, on distingue en premier la qualité du matériel. Celui-ci doit pouvoir être expérimenté, évalué puis choisi et ce, au meilleur coût possible. Cet aspect recouvre bien sûr celui de la qualité de l'environnement de travail.

Vient ensuite la qualité du personnel, concept qui implique la définition de certains critères d'embauche et, par la suite, une évaluation des compétences et de leur progression dans le travail. Pour disposer d'un personnel satisfait et compétent, il est également indispensable d'en reconnaître les acquis et les mérites, de pouvoir en quelque sorte proposer à chacun d'établir son propre plan de carrière. Il n'est, par exemple, jamais positif de voir un poste de nuit occupé durant des années par une même personne.

Les premiers secteurs cibles où ont été instaurés des cercles de qualité sont ceux des personnes âgées et des personnes séropositives ou atteintes du sida. Les décisions - collectives et prises en cercles pluridisciplinaires - ont permis de dégager des indicateurs, des critères et des standards de qualité. On constate que ce mode de fonctionnement pluridisciplinaire, naturel dans certains services, n'est pas obligatoire partout.

Lorsqu'on décide de mettre en place des cercles de qualité, des problèmes très concrets peuvent se poser. Ainsi, par exemple, quand doit-on organiser les réunions ? Doit-on le faire pendant les heures de travail ? En dehors ? Selon quelles modalités ?

On remarque que les médecins, du fait de leur rémunération à l'acte, sont les plus réticents à participer aux cercles de qualité, qu'ils considèrent souvent comme une perte de temps, durant lequel ils n'opèrent pas. C'est aussi pourquoi la solution réside parfois dans la mise sur pied de «sous-cercles de qualité».

Une autre idée en cours est d'intégrer les bénéficiaires des soins à ces cercles, de même que les personnes, tels que parents et proches, qui sont appelées à soutenir le patient avant et après l'acte soignant.

M. GRENIER conclut en soulignant le fait que la notion de soins peut être pensée en termes très différents et,

par exemple, en termes de travail reconnu offrant des possibilités de promotions, de débouchés, d'épanouissement.

**Mme Madeleine DECORTIS**

Aisément organisables dans les cliniques de taille modeste, les cercles de qualité sont probablement plus difficiles à mettre en place au sein des grands centres hospitaliers.

**M. Pierre EVRARD**

La qualité des soins dont jouit le personnel hospitalier lorsqu'il en a lui-même besoin est un autre phénomène qui ne manque pas de susciter la réflexion, remarque Monsieur EVRARD. On constate en effet que les personnes travaillant en milieu hospitalier sont généralement moins bien soignées que les patients extérieurs.

Comment expliquer ce phénomène? Ne contribue-t-il pas lui aussi au mal-être à l'hôpital ?

Il est possible d'expliquer cette situation par le fait que les personnes concernées vont consulter quelqu'un dans leur propre hôpital, très souvent «à la sauvette», durant leurs heures de service. Ne devraient-elles pas plutôt aller dans un autre établissement, afin d'être prises au sérieux ?

Une part du malaise est également liée au secret professionnel et à l'immixtion dans la vie privée du patient. Ce malaise touche aussi bien le patient-infirmier que le collègue soignant.

**M. André LOVINFOSSE**

Il faut également convenir que les «malades-infirmiers» sont généralement les pires patients qu'aient à connaître les hôpitaux, complète Monsieur LOVINFOSSE.

En effet, ils posent eux-mêmes leur diagnostic et possèdent leur propre démarche en matière de soins. Cette situation provoque automatiquement un déséquilibre du système soignant : l'équipe médicale peut, le cas échéant, être ébranlée par l'attitude encombrante du «malade-infirmier».

**Mme Marie-Camille COLLINET**

Il y a de toute évidence un malaise parmi le personnel infirmier, confirme Madame COLLINET. Il est possible d'énumérer un certain nombre de problèmes manifestes.

Premier problème : la difficulté à mettre en place une formation continue du personnel soignant et une bonne distribution des rôles dans un environnement qui, en plus de sa mission thérapeutique, doit être rentable et compétitif, car confronté à une clientèle de plus en plus exigeante. Alors que les tâches assignées aux infirmières se diversifient sans cesse, une part de plus en plus importante du personnel est démotivée ou déprimée : les absences se multiplient et intensifient les divers problèmes.

Ensuite, on constate d'énormes problèmes de communication - dans certains cas une absence pure et simple de communication - entre l'équipe soignante et le corps médical. C'est particulièrement vrai dans les services de chirurgie.

Cette situation est notamment liée au fait que le médecin et l'infirmière ne partagent pas la même «conception» du malade. Lorsqu'on considère l'acte médical et soignant en son entier, on constate que l'intervention de l'infirmière est postérieure à celle du médecin et se situe en fin de parcours. Du fait qu'elle accompagne en quelque sorte le patient jusqu'à sa sortie de l'institution hospitalière, l'infirmière est davantage exposée aux griefs éventuels. En cas de problèmes, c'est sur elle que se focalisera l'insatisfaction accumulée par le malade au cours de son hospitalisation.

Enfin, on ne peut que regretter l'absence de «philosophie» institutionnelle, qui devrait être élaborée et entretenue par le sommet de l'institution, tout en veillant à concerner et impliquer toutes les catégories de personnel dans un projet commun.

#### **M. Georges RORIVE**

Faisant référence au guide «Personnel de santé, pour un travail meilleur», Monsieur RORIVE évoque la notion d'incertitude, extrêmement importante si l'on veut bien comprendre les problèmes qui se présentent. Il constate que les incertitudes auxquelles sont confrontées quotidiennement les infirmières sont très variées et ont notamment pour conséquence d'empêcher toute programmation un tant soit peu fiable de leurs journées de travail.

#### **M. André GILLES**

Le problème de l'incertitude n'est pas propre au secteur hospitalier, remarque Monsieur GILLES : il s'agit d'un phénomène sociétal qui affecte directement tout type de travail mené en équipe.

Résoudre ce problème implique de passer par une définition claire des rôles, des rapports entre les personnes et des objectifs. Pour être mené à bien, le travail en équipe nécessite également la responsabilisation des personnes et la capacité pour la hiérarchie d'arrêter des positions précises et de les faire respecter, sans quoi on court le risque de ne jamais dépasser le stade de la concertation sans effets concrets.

#### **M. Pierre EVRARD**

Tous les partenaires sociaux se concertent pour évaluer le coût de la santé, constate Monsieur EVRARD. Celle-ci, aujourd'hui, se gère dans des budgets fermés. Améliorer les conditions de travail dans les hôpitaux coûte de l'argent, beaucoup d'argent : où sont les budgets ? Pour l'instant, faute de financements, on assiste au contraire à une diminution des normes d'encadrement des patients, ce qui a pour effet d'augmenter le stress du personnel hospitalier.

Malgré la pénurie de moyens, diverses actions peuvent et doivent être faites. Ainsi, la prise de conscience par



le corps médical de la condition d'infirmier est certainement une donnée importante. Dans cette optique, une initiative a été entreprise par l'Université, en proposant aux étudiants en médecine de réaliser un stage infirmier. Pour diverses raisons (manque d'incitants, etc.), cette expérience a jusqu'à présent été peu suivie. Elle mérite toutefois d'être encouragée : la solution serait peut-être de rendre ce type de stages obligatoires.

#### **M. Georges RORIVE**

Les principaux problèmes rencontrés sont souvent très concrets, terre-à-terre, quotidiens et non pas pointus, ajoute M. RORIVE : un tabouret est manquant, une paire de ciseaux a disparu, les gants sont introuvables, etc.

Autant il est aisé de réunir des gens compétents sur des sujets pointus, autant il est difficile de remédier aux difficultés simples, immédiates, rencontrées journalièrement par le personnel.

#### **M. Ivan FAGNANT**

En tant que représentant de l'enseignement et personne extérieure au milieu hospitalier, M. FAGNANT retient un problème fondamental, qui est l'obligation de composer avec deux éléments : d'une part, les contraintes budgétaires et d'autre part, les relations de personnes à personnes.

La société dans laquelle nous vivons fait que l'on réfléchit longtemps avant d'agir. On prend le temps de poser les problèmes, on conçoit ensuite une réglementation... Au moment où elle sort, celle-ci est déjà inapplicable parce que les conditions initiales qui ont présidé à son élaboration ne sont déjà plus les mêmes. Ce n'est pas un problème de personnes, c'est un problème de système.

La nécessité du travail en équipe et de bonnes relations entre médecins et infirmiers a été mise en avant à diverses reprises. Ces relations sont de toute évidence indispensables - et leur développement participe d'un idéal humaniste - mais ne doivent pas pour autant être égalitaires. Ne serait-ce que par respect pour les études entreprises par chacun et l'obtention de compétences propres, une certaine hiérarchie doit obligatoirement exister : son non-respect verrait en fait naître de nouveaux problèmes relationnels.

Toujours sur le plan relationnel, les rapports qu'entretiennent le personnel soignant et le malade connaissent une ambiguïté. Client, l'usager de l'établissement hospitalier est aussi patient : cette dernière qualité l'incite généralement à se taire lorsqu'il y a un problème et à idéaliser lorsque tout se passe bien. A l'inverse, s'il connaît par exemple certains membres du personnel ou est introduit d'une manière ou d'une autre dans la place, il redevient client et, à ce titre, plus exigeant.

Quoiqu'il en soit, la réalité pour une immense majorité de personnes, c'est l'absence pure et simple de choix : elles s'adressent à la médecine et espèrent... sans autre recours possible. C'est aussi à ce niveau que se situe l'intérêt de réunions comme celle que nous avons tenue aujourd'hui, conclut Monsieur FAGNANT.

**FONDATION Jean BOETS  
PANEL de MIDI n° 10  
JEUDI 2 MARS 1995  
INSTITUT PROVINCIAL D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR PARAMEDICAL**

**LE PROCESSUS DE GESTION DE LA QUALITE DES SOINS-SERVICES**

**COMMUNICATION DE MONSIEUR Raymond GRENIER**



M. Raymond GRENIER, Professeur agrégé,  
Faculté des Sciences hospitalières de l'Université de Montréal

Etre gestionnaire de la qualité des soins-services consiste à planifier, organiser, diriger et contrôler les activités de soins et les services de telle sorte qu'ils soient de la meilleure qualité, compte tenu de l'avancement des connaissances scientifiques et professionnelles et également des ressources humaines, matérielles et financières disponibles. Le gestionnaire de la qualité des soins-services a pour mission le développement continu de leur qualité.

Diverses raisons militent en faveur du développement continu de la qualité des soins-services. Les **considérations professionnelles** sont au premier rang des motifs incitant les praticiens à s'en préoccuper <sup>(1)</sup>. Il s'agit d'une responsabilité éthique qui doit être assumée par tout professionnel dans chacune des dimensions de sa pratique. Dans l'exercice de ses fonctions, il a le devoir d'exercer un contrôle de sa pratique et de corriger ses erreurs en vue de garantir la qualité du service qu'il offre <sup>(2)</sup>. En d'autres termes, il a l'obligation d'assurer son *imputabilité* et son *efficience* dans l'exercice de ses fonctions. La mesure, l'évaluation et le développement continu de la qualité constituent des activités essentielles à la reconnaissance du statut de professionnel de la santé <sup>(3)</sup>.

Des **considérations socio-économiques** justifient également une gestion adéquate de la qualité des soins et des services dans un établissement de santé. En effet, la *croissance*, la *rentabilité* et la *survie* de toute entreprise sont liées à la qualité des biens et des services offerts. La non-qualité peut ternir directement la réputation d'un établissement. Or, une réputation ternie se refait difficilement. Dans une telle perspective, un programme de développement continu de la qualité des soins-services devient un élément essentiel et obligatoire pour rencontrer la mission et les objectifs d'un établissement de santé. L'absence de qualité menace toute entreprise dans la mesure où elle génère des coûts qui, bien que difficiles à chiffrer, n'en sont pas moins réels. La sophistication des techniques diagnostiques et de soins médicaux et paramédicaux, la spécialisation des services de santé, la nécessité de recourir à du personnel de mieux en mieux formé engendrent des coûts qui ne cessent de croître. De là la nécessité de rendre compte des dépenses inhérentes à l'exploitation des ressources mises à la disposition des usagers des services de santé.

Mais qu'est-ce que la *"qualité"* ? Qu'est-ce que l'on désire assurer à nos différentes clientèles des services de santé ? Il n'y a pas de consensus pour définir ce concept de façon opérationnelle <sup>(4)</sup>. Toutefois, il apparaît qu'il soit important de le définir de façon conceptuelle avant de le définir de façon opérationnelle.

**Assurer la qualité, c'est en quelque sorte assurer l'excellence** <sup>(5)</sup>. Il s'agit d'un terme dont la signification est générale, mais qui peut être conceptualisé comme une variable reflétant la satisfaction d'un client sur un continuum. Cette position sur un continuum est déterminée à l'aide d'un jugement de valeurs et ce jugement varie d'une personne à une autre, d'un établissement à un autre, d'un groupe à un autre. Il est fondé sur les caractéristiques d'un "objet" (par exemple, son apparence, ses caractéristiques techniques, son coût, son utilité, sa garantie), d'un "service" (par exemple son accessibilité, sa rapidité, son coût) ou même, à la rigueur, d'une "personne" (ses qualifications, son efficience, sa facilité à communiquer, etc.). Ainsi, je peux juger qu'un objet, un service ou même un individu est d'excellente qualité, de qualité moyenne ou de mauvaise qualité en fonction de ses caractéristiques qui me satisfont pleinement ou non. Et si la qualité peut être repérée sur un *continuum*, nous devrions être capable de la mesurer d'une quelconque façon <sup>(6)</sup>.

**Assurer la qualité consiste donc à offrir une garantie que les soins dispensés ou les services offerts le sont**

**à la satisfaction du client.** Mais le client est-il en mesure de se prononcer sur l'excellence des soins-services dispensés par des professionnels et des services offerts par un établissement ? Plusieurs professionnels sont d'avis que les clients sont leur raison d'être et qu'ils peuvent se prononcer sur certaines dimensions des services offerts. Par ailleurs, ils ne sont pas toujours en mesure de déterminer ce que sont des soins et des services de qualité. Par exemple, un client n'est pas nécessairement capable de se prononcer sur la qualité des procédés de soins qui reposent sur des études scientifiques et qui visent à prévenir les infections nosocomiales. De là, l'intérêt pour les professionnels de déterminer eux-mêmes, soit à l'aide de la recherche scientifique, soit par voie de consensus, la qualité des soins-services qu'ils offrent aux clients. Par la suite, la qualité peut être mesurée et évaluée sur un continuum dont l'une des extrémités représente une qualité médiocre et l'autre extrémité, une excellente qualité.

Plusieurs auteurs définissent le développement continu de la qualité en terme d'excellence. Ainsi, l'Association des infirmières et infirmiers américains le définit comme l'estimation du degré d'excellence dans la modification de l'état de santé des clients obtenu grâce à la performance des infirmières et infirmiers dans leurs activités diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques (7). Le développement continu de la qualité vise à garantir l'excellence des soins de santé (8). Pour sa part, Davidson le définit comme un processus visant l'atteinte du degré d'excellence le plus élevé qui soit dans les soins au patient ou au client (9). Zimmer le définit comme une estimation du degré d'excellence dans les résultats de santé du patient et dans les coûts inhérents aux activités et aux autres ressources utilisés pour les atteindre (10).

Quels *domaines de la qualité* examiner ? Les domaines de la *structure*, du *processus* et des *résultats* peuvent être mesurés et évalués de façon concomitante ou rétrospective. Une *mesure concomitante* concerne les activités de soins-services ou les situations alors que le client bénéficie actuellement des services de santé. Une *mesure rétrospective* consiste à examiner des activités, des comportements ou des situations qui sont passées.

De façon générale, le domaine de la *structure* englobe l'environnement, les méthodes et les instruments utilisés ainsi que les conditions sous lesquelles se déroule la relation client-fournisseur. La structure comprend la philosophie et les objectifs d'une institution, d'une agence, d'un programme ou d'un département; elle comprend des éléments aussi diversifiés que les caractéristiques organisationnelles, les ressources financières, l'équipement, le style de gestion, les caractéristiques des professionnels et des personnels techniques, les attentes, les attitudes et les valeurs des clients et des fournisseurs, la condition bio-psycho-sociale du client à son arrivée dans le système (11).

Le domaine du *processus* met l'accent sur la façon avec laquelle sont accomplies les activités reliées aux soins-services. Parce que ce domaine couvre l'interaction client-fournisseur, il inclut ce qui est fait et ce qui ne l'est pas, que ce soit approprié ou non. En d'autres termes, le domaine du processus touche ce qui est fait et qui, effectivement, doit l'être; ce qui est fait et qui ne devrait pas l'être; ce qui n'est pas fait, mais qui devrait l'être; enfin, ce qui n'est pas fait et qui, effectivement, ne doit pas l'être (12).

Le domaine des *résultats* fait référence à des changements mesurables dans le comportement des clients. Ces changements peuvent inclure, entre autres, toutes modifications dans l'état de santé, dans les connaissances, dans la satisfaction, dans la conformité du client à un traitement. Toutefois, il est difficile d'évaluer la qualité des soins-services sous l'angle des résultats. Le client peut présenter un résultat spécifique malgré les soins-services dispensés ou en

dépit du manque de soins-services. De plus, il est difficile d'isoler un résultat qui soit spécifiquement et exclusivement attribuable à des soins-services dispensés par une seule catégorie de personnel de santé <sup>(13)</sup>.

Il est noter qu'à certains moments, il n'est pas facile de démarquer clairement la structure, le processus et le résultat. De plus, on peut questionner l'utilisation de l'une ou l'autre approche, seule, comme indicateur valide de qualité <sup>(14)</sup>.

Pour chacun des domaines de la qualité, des variables doivent être définies de façon opérationnelle afin de préciser "ce qui devrait être" et, ultimement, d'orienter la mesure et l'évaluation de "ce qui est".

La discussion et les définitions qui précèdent permettent de définir conceptuellement le développement continu de la qualité.

**Le développement continu de la qualité consiste à garantir au client un degré d'excellence spécifique grâce à deux ensembles d'étapes :**

- (1) la mesure et l'évaluation continue de composantes de la structure organisationnelle, du processus ou des résultats en utilisant des normes, des critères et des standards préétablis et**
- (2) en planifiant des stratégies appropriées en vue d'améliorer la qualité <sup>(15)</sup>.**

La gestion de la qualité n'a de sens que dans une perspective où elle sert de tremplin pour toujours chercher à s'améliorer. Elle ne s'improvise pas. Le gestionnaire a tout intérêt à suivre un ensemble de quatre phases foncièrement logiques :

- 1) planifier le processus;
- 2) démarrer le processus;
- 3) réagir aux résultats;
- 4) ajuster le processus en fonction de l'atteinte des objectifs de départ.

## **PLANIFIER LE PROCESSUS**

### **Clarifier le contexte**

La planification du projet qualité devrait débiter par une réflexion sur le contexte dans lequel sont dispensés les soins-services. Plusieurs facteurs inhérents au milieu ont une influence sur les décisions et orientations à prendre. Il importe de clarifier ses croyances en matière de soins-services. Ces croyances découlent des valeurs privilégiées par les bénéficiaires des soins infirmiers, par les travailleurs de la santé, par les administrateurs de l'établissement de santé et par les représentants de différents paliers de gouvernement concernés par la qualité des soins-services. Les valeurs sont les idées, les comportements et les attitudes considérés comme intrinsèquement désirables. Elles sont acquises avec le temps, à partir des expériences de la vie et en fonction de la société dans laquelle nous vivons.

Le but visé est de rendre explicites les valeurs jugées importantes dans la «dispensation» des soins infirmiers. Obtenir un consensus sur les valeurs partagées par les différents partenaires des soins infirmiers est une étape fondamentale

si l'on veut prévenir les conflits d'intérêt, les luttes de pouvoir et l'inconsistance dans les décisions relatives au maintien et à l'amélioration de la qualité des soins-services.

Les valeurs constituent les assises sur lesquelles reposent la sélection de critères et de standards utilisés pour mesurer et juger de la qualité des soins-services et éventuellement prendre des décisions quant aux actions à entreprendre pour le maintien et l'amélioration de la qualité. Les valeurs sont généralement énoncées dans la **philosophie des soins-services** qui elle, devrait être cohérente avec la **philosophie de l'établissement de santé**.

### Identifier les problèmes

En second lieu, il faut pouvoir répondre à la question suivante : **Quels aspects des soins-services doivent être mesurés et évalués ?**

Les gestionnaires, en collaboration avec les intervenants, peuvent considérer les aspects des soins-services qui semblent de moins bonne qualité ou encore des clientèles-cibles comme, par exemples, les personnes à risque d'escarres de décubitus, la mère primipare, le nouveau-né, la personne ayant des problèmes psychiatriques, etc. La connaissance des points faibles ou des secteurs de vulnérabilité peut orienter plus sûrement les étapes ultérieures.

### Choisir les orientations

Vient ensuite le temps de choisir les grandes orientations du projet. Est-ce qu'il s'agira d'un projet d'établissement, de département ou d'unité de soins-services ? Le choix des orientations conduit à la détermination des objectifs à poursuivre.

### Formuler les objectifs

Il s'agit de définir très précisément ce que l'on veut réaliser par le biais de la mesure et l'évaluation de la qualité des soins-services. Les objectifs doivent refléter ce qui est attendu du processus d'amélioration continue de la qualité. Ils doivent être formulés en termes clairs, précis, observables et mesurables. Ils doivent aussi être réalistes. Par exemple, on pourrait formuler les objectifs suivants :

- x% du personnel infirmier de telle unité des soins-services sera impliqué dans le développement d'un outil de mesure de la qualité
- un comité de telle unité participera à l'évaluation des résultats de la mesure de la qualité des soins-services
- l'ensemble du personnel participera activement à l'identification des facteurs liés aux résultats de la mesure de la qualité
- un comité de l'unité élaborera un plan de mesure de maintien de la qualité et de correction des lacunes identifiées selon un échéancier fixé.

### **Identifier les ressources**

La prochaine étape consiste à planifier l'affectation des ressources humaines, matérielles et financières au projet. Elle est fonction des objectifs poursuivis. A défaut de ressources suffisantes, les objectifs doivent être plus modestes ou être décalés dans le temps.

### **Etablir le plan d'action**

L'établissement d'un plan d'action doit maintenant se concrétiser. Il faut prévoir les séquences du projet qualité : marketing pour susciter l'adhésion au projet; implication du personnel; groupes de discussion; sensibilisation; enseignement; choix des problèmes ou domaines de la qualité à mesurer; développement des critères de qualité; élaboration de l'instrument de mesure et guide d'utilisation; analyse des données; etc. Il faut aussi prévoir le contrôle et le suivi des activités afin de s'assurer que le plan d'action est correctement appliqué.

### **Partager les responsabilités**

Le succès du projet qualité repose sur le partage des responsabilités. A cette étape, il s'agit de déterminer les tâches à accomplir et les différentes instances susceptibles d'être impliquées dans le processus. A cet effet, on peut préparer un tableau dans lequel on retrouve en abscisse les tâches à accomplir et en ordonnée les différentes catégories de personnel.

### **Déterminer le calendrier des activités**

La planification du processus se termine avec la détermination du calendrier des activités. Ce n'est qu'une fois que les différentes étapes de la planification du processus d'amélioration continue de la qualité sont franchies que l'on peut dire que le projet a pris la forme d'un programme.

## **DEMARRER LE PROCESSUS**

### **Impliquer**

Démarrer le processus consiste à mettre en branle et exécuter le plan d'action arrêté pour réaliser les objectifs poursuivis. Cette phase regroupe différentes étapes. La première : impliquer les personnes et les instances concernées.

### **Former**

Des activités de formation peuvent être nécessaires. Il importe de faire des choix judicieux quant aux formateurs, aux contenus progressifs adaptés aux différentes catégories de personnels, aux médias et aux moments.

### **Choisir ou développer un ou plusieurs instruments de mesure**

Avant de procéder au choix ou au développement d'un ou plusieurs instruments de mesure de la qualité des soins-services, les participants doivent pouvoir répondre à deux questions :

- (1) Quels aspects des soins-services doivent être évalués ? et**
- (2) Quel est le niveau de performance acceptable pour chacun des aspects à évaluer ?**

Comme il n'est pas possible ni souhaitable de mesurer et d'évaluer tous les aspects des soins-services en termes de structure, de processus et de résultats, il faut pouvoir évaluer si les instruments disponibles correspondent à nos attentes. Si ce n'est pas le cas, il faut identifier les indicateurs les plus significatifs et ensuite préciser les critères de qualité des soins-services. Une fois les critères choisis, il faut rendre explicite le niveau de performance attendu en deçà duquel il n'y a pas qualité. Le niveau de performance est le standard qui permettra de juger l'atteinte du critère. Les critères et les standards se basent sur les connaissances scientifiques ou sur un consensus et sur les valeurs identifiées à la phase de planification.

Ensuite, il faut s'interroger sur le niveau de consensus quant à l'importance des aspects des soins-services retenus. La ratification des critères et des standards est une étape qui donne l'occasion à des infirmières, à d'autres professionnels de la santé, à des éducateurs, à des chercheurs et aux bénéficiaires des soins infirmiers de réviser, de critiquer et d'approuver les indicateurs et les critères de qualité retenus et auxquels on est en droit de s'attendre. Il s'agit d'une étape essentielle pour assurer, a priori, la validité apparente des indicateurs et critères de qualité. Cette étape est également importante parce que les professionnels seront davantage intéressés si les indicateurs, les critères et les standards sont reconnus comme acceptables et valides.

L'étape suivante consiste à construire l'instrument à partir des critères retenus. Cet instrument est généralement constitué de différentes listes de critères relativement faciles à utiliser. Puis il faut développer un guide d'utilisation.

#### **Procéder à la collecte des données**

Une fois l'instrument de mesure développé, on peut procéder à la collecte de données selon l'échéancier prévu. Mesurer et évaluer sont deux termes souvent utilisés de façon interchangeable, mais ils sont deux processus distincts. *Mesurer* est le processus objectif qui consiste à attribuer des valeurs numériques à des caractéristiques précises d'un objet ou encore à recueillir des informations et à les organiser en vue de leur interprétation. *Évaluer* est le processus d'appréciation subjective, décrivant un jugement basé sur la mesure et conduisant à la prise de décision<sup>(10)</sup>. Mais la mesure et l'évaluation ne sont pas des fins en soi; ils visent la planification d'interventions en vue de maintenir ce qui est jugé excellent et d'améliorer ce qui doit l'être.

Avant de collecter des données, il importe de former les observateurs à l'utilisation de l'instrument afin d'assurer la fidélité intra et inter-observateurs.

#### **Compiler les résultats**

Lorsque les données sont collectées à l'aide de l'instrument de mesure de la qualité, il faut compiler les résultats



manuellement ou en ayant recours à un logiciel de traitement de l'information. Il est fondamental de donner aux résultats une forme qui soit facilement compréhensible à la fois pour les gestionnaires et les soignants. Cette étape constitue l'enclenchement d'une phase cruciale qui est celle de l'engagement véritable en faveur de la QUALITE.

### **Transmettre les rapports**

Cette dernière étape de la phase du démarrage consiste à transmettre les rapports de qualité aux instances concernées. La transmission des rapports peut être une étape délicate; elle doit se faire avec le plus grand respect des personnes et de la confidentialité. Par exemple, il n'appartient pas à tel ou tel chef d'unité ou de service de connaître les résultats de qualité obtenu dans une unité ou un service qui n'est pas le sien. Les preneurs de décisions des différents paliers de la hiérarchie administrative ont cependant besoin de toutes les informations qui les concernent.

### **REAGIR AUX RESULTATS**

La troisième phase consiste à étudier les données compilées et à poser un jugement sur la qualité; il s'agit de donner un sens aux résultats obtenus, de les interpréter le plus judicieusement possible. C'est en quelque sorte une réplique de la démarche de résolution de problème :

- analyser les résultats de la mesure de la qualité
- choisir les lacunes à améliorer
- identifier leurs causes
- se fixer des objectifs
- choisir/appliquer les moyens d'action
- évaluer les résultats des corrections

#### **Analyser les résultats de la mesure de la qualité**

Analyser les résultats consiste à décomposer les scores de qualité obtenus en ses éléments constitutifs et observer les relations entre eux. Cette étude commence par la répartition et le regroupement des points forts et des points faibles. Pour ce faire, il peut être utile de se fixer un barème au-dessus duquel nous considérons les résultats comme satisfaisants et en deçà duquel ils seront jugés non satisfaisants. Une fois cette répartition faite, il s'agit de sélectionner les opportunités de s'améliorer. Ce choix peut être influencé par différents facteurs tels :

- le niveau plus ou moins alarmant de tel ou tel résultat;
- l'envergure des correctifs à apporter;
- l'équilibre entre les changements à apporter à court, moyen et long termes;
- la collaboration à obtenir des personnes et des instances concernées;
- la disponibilité des ressources.

#### **Identifier leurs causes**

Il s'agit ensuite d'identifier les causes des points faibles à corriger car, si on n'élimine pas les causes d'un problème de

qualité, on risque de s'attaquer à ses symptômes seulement et de retrouver les mêmes résultats insatisfaisants plus tard.

Le principe de Pareto stipule que 80% des problèmes sont engendrés par 20% des causes. En conséquence, il importe de s'ingénier à identifier les causes qui ont le plus d'impact sur un problème. Elle peuvent être de différents ordres, comme le manque :

- de sensibilisation du personnel
- de support professionnel ou administratif
- de connaissance
- de cohésion dans l'équipe
- de motivation
- de facilités matérielles
- de contrôle
- de directives claires et explicites

#### **Se fixer des objectifs**

Une fois que les causes des lacunes sont identifiées, il est plus facile de se fixer des objectifs d'amélioration réalistes. Encore une fois, il faut considérer les ressources humaines, matérielles et financières dans le choix des objectifs d'amélioration. Se fixer des objectifs trop élevés risque de démobiliser les partenaires dans l'amélioration plutôt que de les impliquer.

#### **Choisir/appliquer les moyens d'action**

Pour faire le choix le plus judicieux des moyens d'action, Green (1992)<sup>(17)</sup>, propose divers points de repère :

- s'il y a une composante organisationnelle à une situation problématique, cherchons la solution dans le domaine administratif ou de la gestion;
- s'il y a une composante professionnelle à un problème de qualité, cherchons la solution dans les façons de faire et d'être des soignants;
- enfin, s'il y a une composante clinique au problème, cherchons la solution chez la clientèle.

Pour ce qui est du choix et de la réalisation du plan d'actions, rappelons-nous qu'il est toujours plus stimulant d'appliquer un plan d'actions si on a participé à son choix. De là, la recommandation faite aux gestionnaires d'amener le personnel à une participation maximale aux différentes étapes de cette phase de la gestion de la qualité.

Durant la réalisation du plan d'actions, le gestionnaire exerce sa fonction de contrôle afin de s'assurer que les mesures correctives sont appliquées selon les étapes prévues.

### **Evaluer les résultats des correctifs**

Pour boucler la phase de réaction aux résultats, il reste à réévaluer les effets du plan d'actions mis en place. Pour ce faire, il faut utiliser l'instrument ou les instruments qui avaient permis d'identifier les points forts et les opportunités d'amélioration de la qualité. Lorsque les résultats demeurent insatisfaisants, on reprend la troisième phase à la lumière des nouvelles données et en exerçant un regard critique sur le cheminement suivi.

### **Ajuster le processus**

La dernière phase du processus de gestion de la qualité consiste à examiner la démarche de gestion suivie. Il s'agit d'analyser les résultats du processus, d'identifier les lacunes et leurs causes et enfin de réviser le processus si nécessaire.

### **Analyser les résultats du processus**

L'analyse des résultats du processus consiste à comparer les effets obtenus avec les objectifs de départ (phase de planification).

### **Identifier les lacunes et leurs causes**

Il s'agit aussi d'identifier les réussites, les lacunes et leurs causes afin de maintenir les points forts et d'améliorer les points faibles.

### **Réajuster le processus**

La dernière étape consiste à apporter les ajustements nécessaires au processus afin de mettre toutes les chances de son côté pour améliorer constamment la qualité.

La qualité n'est pas le fruit du hasard; elle procède toujours d'un effort intelligent <sup>(1)</sup>. La planification et la réalisation d'un programme d'amélioration continue de la qualité exigent des efforts concertés. Optimiser les retombées de la mesure et de l'évaluation de la qualité demande la mise en place d'un enchaînement essentiellement cohérent d'étapes caractérisées par :

- (1) la convergence des efforts vers un but commun;
- (2) les activités s'inspirent d'un processus décisionnel reconnu pour sa logique;
- (3) tous les niveaux hiérarchiques sont impliqués dans le maintien des points d'excellence et la correction des lacunes; et enfin,
- (4) les responsabilités des intervenants sont bien identifiées tout au cours des étapes à franchir. Lorsque des efforts intelligents sont faits, il en jaillit forcément la qualité.

## Références

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (1986). *Les principes de l'assurance de la qualité*. Rapport sur une réunion de l'O.M.S. tenue à Barcelone du 17 au 19 mai 1983. Copenhague : O.M.S., Bureau régional de l'Europe, Rapports et Etudes EURO 94.
2. Blake, B.L.K. (1981). Qualité assurance : An ethical responsibility, *Supervisor Nurse*, 12, 2, p. 37
3. *Op. Cit.*, Blake, (1981), p.32
4. Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor : Health Administration Press.
5. Schmadl, J.C. (1979). Quality assurance : Examination of the concept. *Nursing Outlook*, 27, p. 462.
6. Kahn, J. (1987). *Gestion de la qualité dans les établissements de santé*, Montréal : Edition Agence d'Arc Inc., p. 44.
7. American Nurses' Association (1976). *Guidelines for Review of Nursing Care at the Local Level*, (Publ. No. NP 54) Kansas City, Mo., The Association, p. A-2.
8. American Nurses' Association (1975). *A Plan for Implementation of the Standards of Nursing Practice*. (Publ. No. NP 51) Kansas City, Mo., The Association, p. 6.
9. Davidson, S.V.S. (1976). *PSRO : Utilisation and Audit in Patient Care*. St.Louis : C.V. Mosby Co., p. 5.
10. Zimmer, M.J. (1974). Quality assurance in the provision of hospital care : a model for evaluating nursing care. *Hospitals*, 48, p. 91.
11. *Ibid.*, p. 463.
12. *Ibid.*, p. 463
13. *Ibid.*, p. 463
14. *Ibid.*, p. 463
15. *Op. Cit.*, Schmadl (1979), p. 465.
16. Legendre, Ronald (1993) *Dictionnaire actuel de l'éducation*, 2<sup>e</sup> édition. Montréal : Guérin.
17. Green, Elie. (1992). Teaching a New Approach to Quality Improvement. *J. Cont. Educ. Nurs.* 23 (1), 20-23.
18. Ruskin, John. (1989). *The Manager's book of quotation*. New-York : Amacom, p. 383.

**FONDATION Jean BOETS**  
**PANEL de MIDI n° 10**  
**JEUDI 2 MARS 1995**  
**INSTITUT PROVINCIAL D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR PARAMEDICAL**

Placé sous la coordination de M. Pierre EVRARD, Directeur Médical au Centre hospitalier régional de la Citadelle de Liège et de M. Georges RORIVE, Professeur au Centre hospitalier universitaire du Sart Tilman de Liège

---

**Liste des personnalités présentes**

---

Mme L. BEAUJEAN	Directrice de l'Ecole d'Infirmières d'Eupen
M. J. BOETS	Directeur général honoraire de l'Enseignement de la Province de Liège, Président d'honneur de la Fondation Jean Boets
M. F. BONNET	Directeur médical du Centre hospitalier universitaire du Sart Tilman de Liège
Mme A. BUDINGER	Echevine de l'Instruction publique de Seraing, Directrice du Centre hospitalier Joseph Wauters de Waremme
M. P. CAYET	Président de la Fondation Jean Boets
Mme A. CERAEKENS	Professeur au P.H.I.V. de Hasselt
Mme M.-C. COLLINET	Directrice du Département infirmier du Centre hospitalier universitaire du Sart Tilman de Liège
M. P. CRESPIN	Secrétaire du Comité Provincial de Liège pour la Promotion du Travail
M. M. DANS	Trésorier adjoint de la Fondation Jean Boets

---

Mme D. DEBAUQUE	Sous-Directrice de l'Institut Provincial d'Enseignement Supérieur Paramédical de Liège
Mme J. DECHESNE	Chef d'atelier à l'Ecole Provinciale d'Aspirantes en Nursing et de Puériculture de Liège
Mme M. DECORTIS	Directrice honoraire de l'Institut Provincial d'Enseignement Supérieur Paramédical de Liège
Mme N. DERY	Commissaire générale adjointe au Commissariat général à la Promotion du Travail
M. M. DETROZ	Secrétaire de la Fondation Jean Boets
M. E. DI PALMA	Professeur à l'Ecole Provinciale Supérieure de Kinésithérapie et d'Ergothérapie de Liège
M. E. DUVIVIER	Trésorier de la Fondation Jean Boets
Mlle B. FAGNANT	Monitrice en Chef à l'Institut Provincial d'Enseignement Supérieur Paramédical de Liège
M. I. FAGNANT	Directeur général de l'Enseignement de la Province de Liège
Mme N. FICHEFET	Directrice du Département infirmier de la Clinique André Renard
Mme C. GATELIER	Directrice du Département infirmier du Centre hospitalier hutois
M. A. GILLES	Député permanent
M. R. GRENIER	Professeur agrégé, Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal
M. D. HASARD	Directeur du Département infirmier du Centre hospitalier du Bois de l'Abbaye de Seraing
Mme M. HOVINE	Comité Provincial du Hainaut pour la Promotion du Travail
M. M. JACQUART	Directeur de l'Institut Provincial d'Enseignement Supérieur Paramédical de Liège
M. A. LOVINFOSSE	Directeur du Département infirmier du Centre hospitalier régional de la Citadelle de Liège

M. M. MAINJOT	Directeur divisionnaire des Mines, Ministère des Affaires Economiques
M. P. MARLY	Animateur conseiller en communication de la Fondation Jean Boets
M. G. MARTIN	Directeur général adjoint de l'Enseignement de la Province de Liège
M. R. MORIAUX	Médecin en Chef, Directeur, Chef de Service au Ministère de la Culture et des Affaires sociales, Service des Ecoles pour personnel paramédical et infirmier
M. J. NANDRIN	Responsable du Service Audio-Visuel du Centre des Méthodes de la Direction générale de l'Enseignement de la Province de Liège
M. J. QUAIN	Représentant de Fabrimétal, Comité Provincial du Hainaut pour la Promotion du Travail
M. E. SOONS	Professeur à l'Institut Sittard (Hollande)
M. STICKENS	Directeur du P.H.I.V. de Hasselt
Mme M. TROGRIC	Directrice de l'Ecole Provinciale d'Aspirantes en Nursing et de Puériculture de Liège
Mme M. WAUQUIER	Infirmière Inspectrice au Ministère de la Culture et des Affaires Sociales, Service des Ecoles pour personnel paramédical et infirmier

## **l'a.s.b.l. CENTRE de COOPERATION TECHNIQUE et PEDAGOGIQUE (CE.CO.TE.PE.)**

Un instrument de liaison économie-enseignement

*Créée en 1974 par le Conseil provincial, cette a.s.b.l. a pour objectif de contribuer à la promotion de l'économie en y associant le réseau d'enseignement de la Province de Liège.*

*Par vocation, le Centre de Coopération Technique et Pédagogique est l'instrument privilégié d'une liaison souple et efficace entre le monde économique et l'enseignement.*

### **5 Départements :**

**CIFOC** : Centre d'Innovation et de Formation Continué  
**FORMULTIMEDIA** : Formation par moyens Multimédia  
**CEFAP** : Centre de Formation aux Automatismes de Production  
**CEFOP** : Centre de Formation Continué du Paramédical  
**HORUS** : Centre de Formation Continue et de Recherche en Sciences de l'Information et Sciences Sociales

**En collaboration avec des partenaires publics et privés,**

nous avons organisé des consultances et formations dans divers secteurs : agriculture, mécanique, construction, informatique, imprimerie, photocomposition, management, communication, pédagogie, auxquels il faut ajouter les domaines spécifiques des départements CEFAP et CEFOP.

### **Que pouvons-nous vous offrir ?**

#### **Des formations :**

De l'ouvrier à l'ingénieur industriel, dans pratiquement tous les secteurs professionnels.  
Du recyclage ponctuel (quelques jours) à la formation approfondie (plusieurs années).  
Notre expérience nous permet de trouver des solutions adaptées à vos problèmes.

#### **Des expertises :**

Un expert peut collaborer sur site si nécessaire, à la résolution d'un problème d'infrastructure, d'équipement, de ressources humaines.

#### **Des productions de supports multimédia :**

Des supports écrits, audiovisuels ou informatiques peuvent être réalisés et produits pour vos formations.

**a.s.b.l. CE.CO.TE.PE.**

**Centre de Coopération  
Technique et  
Pédagogique**

**Rue du Commerce, 14  
B. 4100 SERAING**

**Tel/Fax :**

**32 - (0)41/382830**