

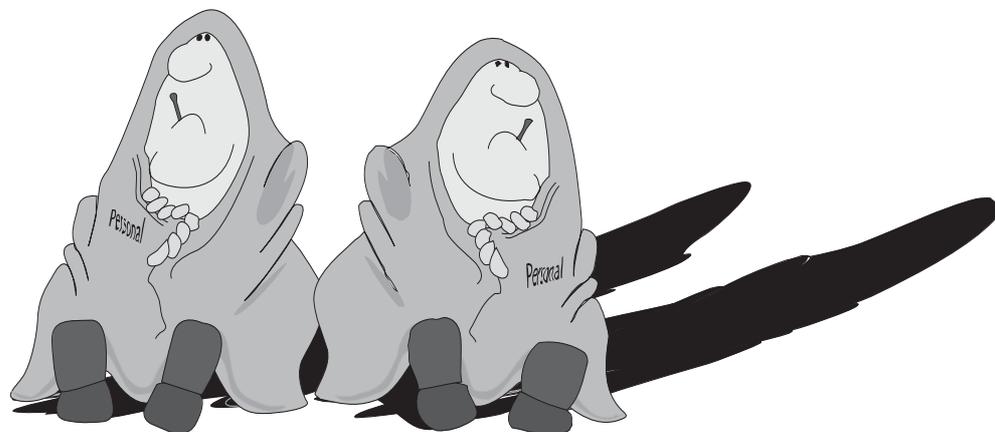
---

Quel est le rôle des employés dans les discussions sur l'encouragement à la qualité ?

# L'influence des conditions de travail sur la qualité

par René Schaffert, membre de «Aktion Gesunde Gesundheitspolitik» (AGPP)

*Je suis un spécialiste en soins, et en tant que tel, j'ai vécu les modifications survenues dans le domaine hospitalier au cours de ces 10 dernières années. Actuellement, je travaille encore à 20% dans un hôpital de Zurich et j'y vis au jour le jour les modifications dans le cadre de l'encouragement à la qualité en tant que simple employé de division. Depuis deux ans et demi, j'étudie également la sociologie à l'Université de Zurich et traite plus particulièrement, dans ce cadre, du système de santé.*



En vue de la préparation de cet article, j'ai effectué une brève recherche sur Internet. J'ai d'abord introduit dans un moteur de recherche le concept de management de la qualité et j'ai été surpris du résultat.

C'est le second lien de la liste qui m'a ouvert les portes d'une société pour le management de la qualité dans le système de santé. Parmi les 10 premiers liens, quatre traitaient, dans un sens large de la qualité dans le système de santé.

Cette brève recherche met en lumière l'importance croissante du management de la qualité dans les institutions du système de santé, qui, désormais, se reflète apparemment sur Internet aussi.

Mais je ne peux m'empêcher de me demander pourquoi les employés de la base en savent si peu, pourquoi les équipes effectuant le travail quotidien sont si mal informées de ces mesures d'encouragement à la qualité. Est-ce qu'il en va de même pour les employés des métiers de la santé et pour cet employé d'une entreprise du secteur technique, qui

m'a récemment raconté que dans son entreprise personne n'avait jamais pu obtenir de résultats positifs du MQ ? Sur son lieu de travail, les avis étaient unanimes quand au fait que le MQ n'apporte rien, sauf des montagnes de formulaires. Les employés de la santé en auraient-ils déjà assez, en phase d'introduction, et ne s'intéresseraient-ils plus au management de la qualité ? Ou l'absence de signification que revêt l'encouragement à la qualité dans la routine quotidienne aurait-il un lien avec la fonction que les employés y occupent ?

Dans mon article, je désire avant tout aborder la question du rôle que joue les employés des professions de la santé dans les discussions sur l'encouragement à la qualité. J'aimerais en outre démontrer que les conditions de travail des employés exercent une influence cruciale sur la qualité et enfin, je formulerai quelques hypothèses laissant

apparaître sous une nouvelle lumière mes observations mentionnées plus haut.

## **Quel est le rôle des employés dans les discussions sur l'encouragement à la qualité ?**

En automne de l'an passé, j'ai participé à une réunion sur les tendances et développements actuels en matière de discussions sur la qualité en Suisse. Cette réunion a été organisée par "Nationalen Arbeitsgemeinschaft Qualitätsförderung im Gesundheitswesen NAQ" et H+ l'association des hôpitaux suisses. Je me suis alors plus particulièrement intéressé, dans le cadre de la réunion d'aujourd'hui, à la situation des employés et à leurs conditions de travail. Mais il s'est avéré qu'à une exception près, aucun des projets présentés n'abordait les conditions de travail, ni même la question des

employés, à l'exception du "EFQM Models for Excellence" de l'European Foundation for Quality Management. Dans l'un ou l'autre des projets, les mesures appliquées étaient certes discutées au sein de groupes de travail auxquels participaient aussi des employés de la base. Dans l'ensemble, le tableau qui s'en est dégagé a montré que de nombreux projets étaient conçus de manière plus ou moins éloignée du quotidien du travail, alors qu'ils devaient être mis en pratique, par la suite, par les employés concernés.

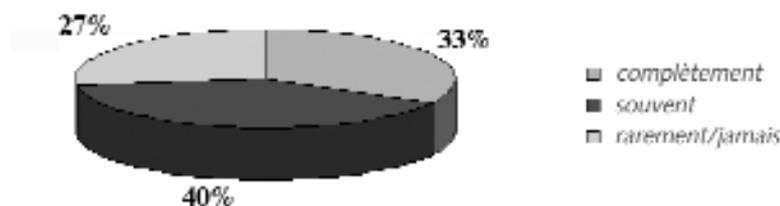
Ce fait recouvre aussi l'observation indiquant que, dans deux grands hôpitaux de Zurich, les mesures d'encouragement à la qualité ne sont que partiellement développées. On voit qu'une impulsion importante favorisant la réalisation de mesures concrètes est fournie par les résultats du benchmarking entre hôpitaux zurichois dans le cadre des études Outcome.

L'enquête Piker, qui a évalué la satisfaction des patientes et des patients après leur sortie de l'hôpital, montre pour chacune des institutions participantes, les domaines dans lesquels elles sont moins performantes que les autres. Des résultats inférieurs à la moyenne indiquent la nécessité d'agir. Le comité responsable, au sein de l'hôpital, de l'évaluation des données agit en général en collaboration ou dans le cadre d'un échange avec les responsables ou la direction. Un groupe de travail est constitué, composé, en fonction de l'exploitation et des usages, uniquement des membres cadres et/ou de rares employés de la base. Ensuite, des mesures sont élaborées et communiquées afin d'être appliquées aux domaines correspondants. Je ne désire pas critiquer la signification des réactions de l'extérieur envers les problèmes constatés, mais tenter de démontrer les conséquences de cette procédure.

Ainsi, cette qualité tant convoitée s'oriente avant tout en fonction des résultats mesurables et comparables au sein de l'hôpital et pas forcément selon les désirs concrets ou les besoins des patient/es et de leurs soignants.

La définition des problèmes par des instances externes, dans le cadre du recensement Outcome, n'accorde que trop peu d'attention à la situation quotidienne lors

A la question « la qualité de mon travail souffre sous l'effet d'une pression continue », les résultats de l'enquête sont les suivants :



des échanges journaliers entre patients et soignants. Dans la routine quotidienne, les problèmes liés à la situation actuelle sont au premier plan, contrairement aux résultats exprimés dans d'éventuelles études. Ce qui est décisif – et j'aimerais ici rapporter un exemple fictif issu du domaine des soins – c'est qu'en tant que soignant, par exemple, je dois effectuer un prélèvement de sang en urgence auprès d'un patient, alors qu'on m'attend pour aller chercher une patiente dans le couloir des salles d'opération et que la doctoresse de division aimerait bien faire sa visite-kardex, tandis que je n'ai justement pas le temps de m'entretenir sur la sortie d'une patiente qui rentrera demain à domicile. Au cours de la soirée, je ne trouve pas non plus le temps de mener cet entretien car une patiente récemment opérée présente un état confusionnel et je ne puis guère quitter sa chambre. Le matin suivant, il est peu probable que je trouve du temps pour cet entretien vu la montagne de travail qui m'attend. La patiente est donc informée de l'essentiel et il ne faut pas s'étonner que dans le cadre de l'étude Piker, elle indique que les informations de sortie étaient insuffisantes. Rien ne peut changer le cours des choses, même si un groupe de travail rédige des consignes visant à établir que la veille du jour de sortie d'un patient, il convient d'avoir un entretien avec lui.

S'il faut que la situation change, il est évident que la routine quotidienne devra subir des modifications. Mais en l'absence de conditions cadres correspondantes, cela n'est guère possible.

Et me voici arrivé aux conditions de travail.

Comme le montre mon exemple, il est nécessaire que certaines conditions cadres soient remplies pour mettre en pratique les mesures d'encouragement à la qualité. Si les conditions de travail sont mauvaises et le personnel trop réduit, on ne peut pas assurer une bonne qualité des soins et les possibilités permettant de réaliser des améliorations à ce niveau sont maigres.

J'ai toujours tâché de rendre les employés de la santé attentifs au fait que la qualité de leur travail serait limitée par la pression du temps et le manque de personnel. C'est aussi ce que montre de manière impressionnante une étude menée sur le mandat de la Direction de la santé et de l'assistance sociale du Canton de Berne en 2001. Au cours d'une enquête ayant inclus environ 2000 soignants, des résultats évidents ont été relevés.

Ainsi, les personnes interrogées ont dû indiquer entre autres leur degré d'adhésion à la déclaration : "La qualité de mon travail souffre du manque de temps permanent". Une vaste majorité de 73,5% est d'accord avec cette affirmation. Environ un tiers se reconnaissait même entièrement dans cette déclaration. Concrètement, les soignants ont indiqué qu'ils devaient négliger des tâches appartenant à leur domaine de responsabilités. Ils ont mentionné que le manque de temps entraîne plus d'erreurs et qu'il ne leur reste que trop peu de temps pour les entretiens. Environ un tiers des soignants admet également qu'en situation de stress, il peut arriver que l'on tende à calmer des patients par des médicaments ou que, dans leur institution, leur rôle devait se limiter à

s'assurer que leurs patients soient au chaud, rassasiés et propres ; et que parfois, des collaborateurs devaient s'acquitter de tâches pour lesquelles ils n'étaient pas vraiment formés.

Plusieurs vastes études menées aux USA et en Angleterre ont démontré la manière dont les conditions de travail influencent la qualité du traitement et des soins.

Dans l'une des études mandatées par l'administration, l'équipe de Jack Needleman, professeur à la Havard School of Public Health, a analysé à l'aide de plusieurs banques de données les relations entre présence du personnel et résultats de traitements susceptibles d'être influencés par les soins.

On n'observe aucune corrélation statistique pour les critères suivants : mortalité, septicémie, infection de plaie, défaillance pulmonaire, troubles du métabolisme, esquarres, thrombose, complications du système nerveux central.

Ce tableau indique le potentiel de réduction de chacune des complications lors du passage d'un personnel réduit à plus nombreux.

Je désire à présent examiner plus attentivement les chiffres de deux colonnes, qui expriment les effets d'un changement du nombre total de personnel soignant.

Le spectre relativement large concernant l'influence possible est dû à la difficulté qu'il y a à calculer ces prédictions de manière statistique. Needleman est un chercheur minutieux, ce qui peut expliquer le spectre des résultats indiqués suite à différentes méthodes de calcul.

Concrètement, cela signifie - à l'exemple des infections urinaires - qu'une amélioration de la situation du personnel permet de s'attendre à une réduction des infections urinaires de 4 à 25% en division médicale. L'effet en division de chirurgie est un peu plus faible.

De même, la survenue de pneumonies est directement liée au taux de personnel. Selon la division, en division chirurgicale, 19 % des maladies pouvaient être évitées lorsque suffisamment de personnel était présent.

En particulier, les économistes devraient s'intéresser à la réduction possible de la durée de séjour. Dans les divisions médicales

### Les relations entre présence du personnel et résultats de traitements susceptibles d'être influencés par les soins

(Résultats de l'étude de Jack Needleman 2001; données de 800 hôpitaux des USA)

| Effet du passage de personnel réduit à nombreux | Patients médicaux Evolution | Patients chirurgicaux Evolution |
|---|-----------------------------|---------------------------------|
| Infections urinaires                            | 4-25%                       | 3-14%                           |
| Pneumonie                                       | 6-17%                       | 19%                             |
| Durée du séjour                                 | 3-12%                       |                                 |
| Décès post complication                         |                             | 2-12%                           |
| Hémorragie gastro-intestinale                   | 3-17%                       |                                 |
| Choc  | 7-13%                       |                                 |

des USA, la durée du séjour pouvait diminuer de 3% à 12% lorsque suffisamment de personnel est présent.

Des valeurs comparables ont été obtenues pour les cas de décès suite à des complications chirurgicales, une hémorragie gastro-intestinale et un état de choc.

L'étude de Needleman analyse les relations sur le plan hospitalier. Les données sur le taux de personnel et celles concernant la fréquence d'événements négatifs sont mesurées pour chaque hôpital ; puis on évalue les relations éventuelles. On voit nettement que dans les hôpitaux employant plus de personnel, les patients souffrent bien plus rarement de complications.

Un personnel suffisant et donc moins de pression temporelle, ne sont que l'un des aspects définissant de bonnes conditions de travail. Pour les employés cependant, d'autres domaines sont décisifs, ce qui est également confirmé par différentes études. Je me réfère, dans mes déclarations, aux résultats d'une thèse écrite par Eileen Lake de l'Université de Pennsylvanie et sur les résultats d'une enquête incluant 10'000 soignants d'Angleterre, menée par Anne Marie Rafferty. Les deux auteurs prouvent, par diverses méthodes de calcul statistiques différentes, que la qualité des soins est favorablement influencée par divers aspects de l'organisation du travail. On observe les relations suivantes:

- Meilleure est la collaboration interdisciplinaire - en particulier avec les médecins - meilleur est l'état du patient et d'autant plus satisfaits les soignants.
- De même, Eileen Lake rapporte dans sa thèse, comme de nombreux autres chercheurs, l'influence du taux de personnel sur la qualité des soins. Ses données lui permettent même de démontrer une influence sur le taux de décès des patients. Plus il y a de personnel, plus la probabilité de décès est faible au cours du premier mois suivant l'entrée et plus le personnel est satisfait.
- Si les soignants disposaient de plus d'autonomie et d'influence dans leurs décisions, cela agirait aussi positivement sur les soins aux patients et sur la satisfaction des soignants.
- Des soignants plus satisfaits de leur travail fournissent aussi des soins de meilleure qualité. Différentes études montrent que les employés sont plus satisfaits dans les institutions où la qualité des soins est meilleure.
- Les soignants qui peuvent travailler de manière professionnelle sur leur lieu de travail et sont soutenus dans leur professionnalisme travaillent mieux et sont plus satisfaits.
- Lorsque le domaine des soins peut contrôler lui-même ses ressources de travail et trouver si nécessaire du soutien,

l'effet en est également favorable sur la qualité des soins et la satisfaction au travail.

- Si les soignants peuvent contribuer aux décisions importantes sur les soins et le traitement, la qualité de ces soins est meilleure au final et les employés sont plus satisfaits de leur travail.

Un autre facteur important, que je n'ai pas encore traité ici, concerne la santé et le bien-être psychique des soignants. Etant donné la charge de travail qui les surmène psychologiquement, les soignants sont confrontés plus souvent au burn-out que les autres catégories professionnelles.

Comme on peut s'y attendre, il existe aussi un lien entre symptômes de burn-out, stress vécu, satisfaction au travail et fluctuations et qualité des soins.

Là encore, des études confirment le fait que, dans les institutions offrant à leurs employés de meilleures conditions de travail structurelles – c'est-à-dire les éléments précédemment cités tels que taux de personnel présent, collaboration, autonomie et professionnalisme, les employés moins stressés souffrent nettement moins de burn-out, sont plus satisfaits et enfin changent plus rarement de poste de travail.

Pour terminer ce petit coup d'oeil sur les résultats des recherches scientifiques, on peut donc dire que les institutions qui ont intérêt à offrir à leurs clients ou patients une bonne qualité de traitement seraient bien avisées d'investir également dans les conditions de travail de leurs employés. Un nombre croissant d'études montre de manière impressionnante que la qualité du traitement est meilleure là où le personnel est le plus satisfait. Un établissement qui veut se prévaloir d'offrir une bonne qualité devrait employer suffisamment de personnel, attribuer aux groupes professionnels suffisamment d'autonomie, reconnaître leur professionnalisme et établir les hiérarchies de manière à ce que la collaboration entre les disciplines soit équivalente.

Que signifient ces éléments dans le cadre de l'encouragement à la qualité au sein du système de santé?

### Conclusion et revendications

Même si les études proviennent en majorité de pays anglo-saxons, leurs résultats peuvent être appliqués à la Suisse. Peut-être obtiendrait-on en Suisse des chiffres légèrement différents, mais la direction des événements reste la même. C'est également ce que confirment les résultats de l'étude déjà citée menée dans le canton de Berne. Même en Suisse, les responsables doivent tenir compte de ces relations. En cette époque de grandes mutations au sein du système de santé, il est nécessaire que les conditions de travail et le rôle des employés soient pris en compte dans les processus de mutation. Ces réflexions peuvent entraîner diverses hypothèses et revendications.

Sur le plan politique, il convient de tenir compte du fait que, pour garantir une bonne qualité, il faut mettre à disposition suffisamment de ressources. Un point central consiste à disposer de personnel formé en conséquence. Il faut refuser de vouloir employer du personnel bon marché et moins qualifié. Une réduction du personnel ou tout simplement un taux de personnel qui ne convient pas à l'intensité de soins aux patients entraîne tôt ou tard une réduction de qualité.

Par ailleurs – et ici, nous nous adressons aux responsables des administrations et des assurances – les conditions de travail doivent aussi être mentionnées dans les contrats cadre sur l'encouragement à la qualité entre assurances et institutions. Dans la loi sur l'assurance-maladie et l'ordonnance correspondante, il est stipulé que les prestataires de soins, c'est-à-dire les hôpitaux et les institutions doivent négocier des contrats afin d'encourager la qualité avec les instances de financement, c'est-à-dire les assurances. L'Office fédéral des assurances les soutiendra dans cette voie, le cas échéant. La Confédération devrait d'une part investir dans des études visant à approfondir les connaissances et d'autre part insister pour que les conditions de travail fassent partie intégrante de ces contrats cadre. L'encouragement ciblé de recherches analysant les relations entre conditions de travail et qualité face à la situation spécifique de la Suisse est également envisageable.

Dans le cadre de l'encouragement à la qualité, les exploitations individuelles jouent un rôle essentiel. En Suisse, il existe certes dans le cadre de la loi sur l'assurance-maladie un mandat visant à contrôler la qualité, mais notre fédéralisme laisse au bon vouloir de chaque exploitant la décision de savoir comment l'appliquer. Ce sont donc les exploitants qui décident des modèles qu'ils désirent utiliser, et quel rôle concret et quelle importance ils accordent à leurs employés. De ce qui précède, quelques implications découlent en vue de l'application concrète de ces règles du point de vue des employés. De même, sur le plan de l'exploitation, la dotation en personnel doit occuper une fonction centrale. Si un établissement désire appliquer des mesures efficaces visant à améliorer la qualité, il ne peut le faire qu'à condition de disposer de suffisamment de personnel.

L'enquête menée dans le canton de Berne montre clairement que les dirigeants ont souvent une perception un peu inadéquate. Ils jugent les effets du manque de personnel comme moins drastiques que leurs employés eux-mêmes. Etant donné qu'ils ne reconnaissent pas cette relation, ou qu'ils la sous-estiment, ils ne peuvent exercer suffisamment de pression auprès des instances politiques responsables. Dans notre travail quotidien, force est de constater que, régulièrement, les responsables repoussent simplement la pression vers le bas. Ils devraient être conscients du fait que les conditions de travail sont importantes pour la qualité du traitement ; peut-être accorderaient-ils ainsi un peu plus d'attention à la dotation en personnel.

Il est par ailleurs fondamental que les exploitations reconnaissent l'importance des conditions de travail, et fassent des efforts dans le cadre des points centraux déjà exposés.

Je désire également attirer l'attention sur l'application pratique et les conséquences perceptibles des efforts de la part des employés. En effet, on rencontre régulièrement des enquêtes ou des recensements qui n'ont ensuite entraîné aucun résultat, de l'opinion des employés. Ainsi, l'écho en retour des données des études Outcome est



*Une amélioration des conditions de travail des employés fait une meilleure qualité du traitement et des prestations dans le système de santé.*

tout bonnement déficitaire. Il est rare que les résultats reviennent sous forme compréhensible à ceux qui sont en contact quotidien avec les patients. Cela suscite l'impression que des données massives sont récoltées, que beaucoup de temps est dévolu à des problèmes d'administration, loin des patients, sans que tout cela ait finalement un sens. Un exemple particulièrement frappant, même s'il n'a qu'indirectement à voir avec l'encouragement à la qualité, me semble être le RPS, le recensement des prestations en matière de soins. Dans bien des hôpitaux, jour après jour, les soignants gaspillent leur temps pour documenter combien de celui-ci ils passent avec chaque patient, et quelles tâches ils ont effectuées. C'est ce cas depuis des années et leurs supérieurs hiérarchiques ou les politiciens ne se donnent presque jamais la peine d'accorder une attention pratique aux chiffres. On se réfère toujours, pour la planification du personnel, à l'occupation des lits qui ne signifie pas grand-chose quant au travail fourni en réalité. Aussi longtemps que le RPS ne sera pas utilisé pour la planification du per-

sonnel et pour le contrôle potentiel de la qualité en général au moyen de la valeur C, il restera une récolte de données sans signification.

Dans l'ensemble, les soignants passent d'innombrables heures à recenser des données qui passent directement aux archives. Cela ne peut plus continuer ainsi.

Les entretiens menés avec des employés de différents établissements ont également montré que nombre d'entre eux n'est guère informé des projets destinés à encourager la qualité dans leur propre établissement. Ceci indique une politique d'informations déficiente. Il ne suffit pas, lors de grandes réunions, de transmettre des informations et de présenter les résultats des études Outcome. Ces résultats devraient être transmis à un niveau accessible à des petits groupes et offerts à la discussion. C'est la seule manière de les rendre applicables à la pratique.

Un autre problème est constitué par le fait que l'introduction souvent hiérarchisée des mesures d'encouragement à la qualité donne de cette même qualité une image qui n'inclut pas forcément les conceptions profes-

sionnelles des personnes responsables. Selon la situation, on observe des conflits, par exemple, entre objectifs économiques et professionnels.

Pour conclure, je désire aborder ici encore un point important sur l'interface entre politique et établissements hospitaliers. Je pense plus précisément au recensement des données sur la qualité effectuée dans le canton de Zurich par l'association Outcome.

A ce jour, Outcome, comme son nom l'indique, évalue surtout les résultats du travail en hôpital, les « Outcomes ». Ceci permet de dépister les déficits dans le domaine des résultats. Mais ces données ne permettent pas de tirer des conclusions éventuelles sur leurs causes.

Vu l'importance des conditions de travail pour une bonne qualité, les données sur les conditions de travail devraient également être recensées et comparées. On pourrait indiquer par exemple des données relatives aux domaines suivants:

- Taux de personnel
- Mixité du personnel (niveau de formation)
- Temps à disposition par patient
- Satisfaction au travail
- Stress et burn out
- ainsi que la qualité évaluée par les employés même.

Le recensement de telles données permettrait de mieux connaître la qualité des conditions de travail et de les encourager de manière efficace.

Le résultat, et je désire conclure sur ce constat, serait une amélioration des conditions de travail des employés et donc une meilleure qualité du traitement et des prestations dans le système de santé.