

ÉDITO

QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ, SLOGAN À LA MODE ?

Lorsque vous choisissez un lieu de vacances, préparez un minitrip, réservez un restaurant, votre décision est souvent influencée par les avis de consommateurs que vous pouvez trouver sur le web.

Pour les hôpitaux, pas encore de Gault&Millau ou de Trip Advisor, mais l'idée fait son chemin au niveau ministériel. Bonne ou mauvaise initiative, difficile à dire, mais bonne à prendre et à appliquer si elle améliore de manière significative la vie du patient au travers de ses relations avec les médecins et son séjour à l'hôpital.

Que souhaite le patient ?

De nombreuses enquêtes ont été effectuées sur ce sujet et l'une des plus intéressantes est certainement l'enquête PAQS/LUSS concernant les priorités des usagers des services de soins de santé. Le petit questionnaire « Pour vous, l'hôpital idéal c'est ... » que la Luss a fait compléter par des dizaines de visiteurs lors des « journées hôpital » constitue une base solide, complète et tous azimuts de ce que devrait être l'hôpital moderne où les malades se sentiraient respectés et compris.

Cependant, d'autres facteurs sont à envisager et parler de « qualité des soins » en général a peu de sens, des précisions sont nécessaires.

La qualité des soins est-elle l'obtention de meilleurs résultats ?

Dépend-elle uniquement de la qualité des professionnels et du matériel mis à leur disposition ? Quel lien existe-t-il entre la qualité

perçue par un patient hospitalisé pour quelques jours dans un service de chirurgie digestive pour une intervention bénigne et la qualité de l'hôpital dans son ensemble, et un autre qui fait des complications et est bloqué dans une chambre pendant plusieurs semaines ?

C'est à la mode, la qualité des soins est souvent évaluée et les résultats, surtout positifs, sont présentés sur un plateau d'argent au patient, au client, qui se sent à la fois satisfait et serein (avant un séjour à l'hôpital, après c'est autre chose). Oui, j'ai employé le terme « client » car les objectifs de ces évaluations, s'ils ne sont pas gérés par des associations de patients sont multiples : optimiser les services de soins en vue d'abaisser les coûts de la santé, établir des statistiques permettant d'organiser les services de manière efficace, s'assurer que les soins prescrits sont dispensés. Ces objectifs montrent le contexte de « rentabilisation-optimisation » dans lequel ces évaluations sont entreprises. Une telle étude se justifie au vu de l'augmentation des coûts de la santé, mais il faut aussi s'interroger sur la signification du terme « qualité » pour le patient. Les deux perspectives, coût et qualité technique (objective) par rapport à la qualité vécue par le patient (subjective) sont-elles compatibles ?

Il est certain que la qualité des soins, ressentie ou non par le patient, mais effective, durable, contrôlable nécessite des investissements. Or, non seulement des moyens supplémentaires sont refusés, mais des restructurations sont imposées et entraînent, de fait, une réduction de soins. C'est souvent passé sous silence, mais

c'est la réalité : les notions de pôles, d'enveloppe fermée, d'objectif quantitatif apparaissent dans les textes.

Cette réforme du financement des hôpitaux va entraîner la détermination du budget à partir de l'activité. Qui dit enveloppe fermée, manque d'investissement conduit l'hôpital à choisir les pathologies qui vont rapporter le plus. C'est un drame : on en arrive à distinguer le « bon » malade, qui sort après quatre jours d'hospitalisation, sans complications, du « mauvais » malade, ayant subi une opération pas très lourde, mais développant des problèmes annexes qui allongent sa durée de séjour. Il coûte trop cher et ne rapporte pas assez.

Peut-on dire que l'hôpital est désormais obligé d'être rentable ?

Heureusement, la valeur, la qualité des soins de santé ne dépendent pas exclusivement des budgets octroyés aux établissements de soins. Pour avoir été hospitalisé plusieurs fois pour des problèmes graves, j'ai eu l'occasion de me faire une opinion sur « la vie à l'hôpital » en général. Il n'y a pas de bons et de mauvais hôpitaux, de bons et de mauvais médecins, les situations sont trop complexes, trop différentes au niveau individuel, pathologies, réactions, sensibilités qu'il est impossible de porter un jugement neutre.

J'ai pu constater que, d'un hôpital à un autre, l'ambiance était différente, le travail des équipes était organisé d'une autre manière et j'ai rencontré du personnel médical plus ou moins sympathique, mais cela ne justifie pas un avis positif ou négatif sur l'ensemble des soins.

Par contre, je pense que certaines améliorations importantes qui ne coûtent rien ou presque rien pourraient être mises en œuvre rapidement. On sait par exemple, que l'attitude du médecin avec son patient a un impact sur sa santé. En coupant la parole à un malade qui relate ses symptômes ou en gardant les yeux sur son ordinateur (sauf si c'est pour le réseau santé wallon), le praticien réduit l'efficacité

de sa consultation. Regarder son patient dans les yeux, lui donner le temps de décrire ses symptômes sans l'interrompre ou poser des questions ouvertes ne sont pas seulement de banales marques d'attention, mais une véritable compétence clinique.

Eviter des choses bénignes mais énervantes ; je n'ai pas apprécié « le petit monsieur va marcher jusqu'au bout du couloir » (sous-entendu, monsieur est gaga). Le médecin qui vous annonce que vous sortez demain, mais il s'agit de votre voisin de chambre qui est sorti hier. La liste de vos médicaments pour la 3^e fois !

Heureusement nous avons une arme imparable : c'est nous les patients ! (À sortir en cas de nécessité)

«En s'imaginant qu'on est malade, on le devient en effet» (François Droz)

Francis DELORGE
Président du Conseil d'Administration





LA QUALITÉ DES SOINS...

SELON LES PATIENTS

RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ : L'ÉCOUTE, LA BASE DE L'HUMANITÉ

«Je suis une personne, pas
une maladie»
«Ma santé ne se limite pas au
problème pour lequel je suis
là»
«J'ai mal»
«Je ne souhaite pas ce
traitement»

**Être écouté, être entendu,
être considéré, retrouver
de l'humanité.** Ces mots
sont souvent prononcés
par les patients que nous
rencontrons dans le cadre de
nos missions. Ils sont cités
comme la cause première des
situations difficiles dans les
relations soignants-soignés.

Des patients parfois pas
crus, non reconnus dans leur
douleur. Des patients évacués
en moins de 10 minutes, des
patients réduits à ce qu'on
ne lève pas les yeux sur eux
mais rivés à l'ordinateur. Un
point commun à ces situations
inadmissibles : le manque
d'écoute.



**Quand on est malade
chronique, quand on vit au
quotidien...**

**La personne malade
chronique vit au quotidien
avec sa maladie. Elle
l'accompagne, définit parfois
ses possibilités, influe sur ses
relations sociales, rythme sa
vie.** Le malade chronique la
connait donc bien sa maladie.
Il la maîtrise comme personne,
a appris à la dompter, a

développé des solutions pour vivre avec elle.

De ce fait, il a une relation particulière avec le corps médical car elle sera régulière. Les besoins de soins sont plus nombreux, les rencontres, de ce fait, plus nombreuses. Imaginez-vous voir régulièrement une personne avec qui la relation est compliquée (mais obligatoire) et que cette relation ait des effets considérables sur une des parts les plus intimes de votre vie, votre santé. Difficilement envisageable...

Le soignant dispose du savoir scientifique en rapport avec la maladie. Il en connaît les effets, les conséquences, les traitements, l'évolution. Et souvent il sait ce qui est bon pour le patient. Parfois sans nuance.

Ces deux savoirs sont bien évidemment complémentaires et garantissent au patient un quotidien gérable. Dans les meilleurs des cas, la relation s'établit naturellement et l'équilibre s'installe sans heurt. Néanmoins, les patients nous communiquent régulièrement les difficultés rencontrées dans le cadre de leurs suivis et les difficultés de communication sont le plus souvent la cause première des situations problématiques.

Alors pourquoi, ces difficultés surgissent-elles ? Manque de temps, poids de l'institution

qui pousse à la rentabilité, manque de formation à l'écoute, à l'éducation thérapeutique, savoirs et études essentiellement basés sur la pratique technique plutôt que les savoir humains... sont des éléments explicatifs. Or, un patient reste une personne à considérer dans sa globalité et non pour l'unique « problème » qu'il présente.

Des outils pour revenir à l'humain

Nous avons, à la LUSS, développé des méthodes pour pallier certaines lacunes des programmes de formation médical et paramédical. Puisqu'il existe peu de cours dispensant des outils favorisant l'écoute et le partenariat, nous les avons proposés.

Ces outils essentiellement proposés sous forme de module de cours donnés par les patients, membres d'associations de patients et de proches, reprennent quelques concepts clés définis par les patients :

- Les expertises sont complémentaires : les soins seront de meilleure qualité si la relation est équilibrée et basée sur l'écoute et la bienveillance. Le modèle médical basé sur le paternalisme est dépassé et demande à être réadapté.
- Le patient n'est pas une maladie. Il doit être considéré dans sa globalité

- Adapter la communication en fonction de la personne : jargon, moment d'annonce
- Un temps d'écoute réel – une attitude de disponibilité (pas vers l'écran)
- Se sentir écouté, entendu, compris et cru (par exemple au niveau du ressenti et de la gestion de la douleur)
- Chercher des solutions ensemble qui conviennent au patient et au soignant

Une grande part des étudiants futurs infirmiers ou futurs médecins (entre autres) notent de façon positive les perspectives d'évolution personnelle de leur pratique suite à ces modules :

- *«Je prends encore plus conscience de mon rôle auprès des patients»*
- *«Je prends conscience de nombreuses situations inadmissibles et j'ai une réflexion pour y remédier»*
- *«Dans l'ensemble de notre formation, nous avons trop de cours de théorie qui sincèrement ne nous préparent pas au travail concret en tant qu'infirmier. La rencontre avec les partenaires nous permet d'écouter et faire face aux vrais besoins des patients.»*
- *«On parle de façon plus concrète de la relation avec le patient que dans les autres cours»*

Actuellement, ces modules de formation des patients sont donnés de façon spécifique et non structurée, dans le sens où ils ne font pas partie intégrante de la formation de base des soignants. Le défi des prochaines années sera de systématiser ces modules dans la formation de base ET la formation continue en les rendant obligatoire pour tout professionnel voulant exercer avec des patients.

Carine SERANO
Coordinatrice soutien et
proximité à la LUSS



