

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES ET LA QUALITÉ MÉDICALE

Michèle BECK,
Rony BRAUMAN

**DANS LA COLLECTION DES ETUDES DE CAS
SUR LES PRISES DE PAROLES PUBLIQUES DE MSF
(CONSEIL INTERNATIONAL DE MSF/CRASH)**

- Camps de réfugiés salvadoriens au Honduras (1988) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Génocide des Rwandais Tutsis (1994) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Camps de réfugiés rwandais au Zaïre et en Tanzanie (1994-1995)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Violences du nouveau régime rwandais Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, oct. 2003-avril 2004
- Traque et massacres des réfugiés rwandais au Zaïre-Congo (1996-1997)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, août 2004
- Famine et transferts forcés de populations en Éthiopie (1984-1986)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, janvier 2005
- Violences contre les Kosovars albanais, intervention de l'Otan (1998-1999)
Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, septembre 2006
- MSF et la Corée du Nord (1995-1998) Laurence Binet,
Disponible en français et en anglais, janvier 2008
- Crimes de guerre et politiques de terreur en Tchétchénie 1994-2004,
Laurence Binet
Disponible en français et en anglais, juin 2010

DANS LA COLLECTION DES CAHIERS DU CRASH

- De l'Éthiopie à la Tchétchénie Recueil des travaux de François Jean
Disponible en français, mars 2004 Disponible en anglais, mai 2008
- Revue critique des opérations MSF-France au Darfour (Soudan)
Dr. Corinne Danet, Sophie Delaunay, Dr. Evelyne Depoortere,
Fabrice Weissman
Français/Anglais dans un même volume, janvier 2007
- Témoignage humanitaire et témoignage judiciaire :
historique des interactions entre MSF et les procédures d'enquêtes
et de poursuites judiciaires Françoise Bouchet Saulnier, Fabien Dubuet
Français/Anglais dans un même volume, avril 2007
- L'action humanitaire en situation d'occupation Xavier Crombé
Français/Anglais dans un même volume, octobre 2007
- Le Manuel des Acteurs de l'Aide
Disponible en français, avril 2007 Disponible en anglais, novembre 2007
- MSF et la protection: une question réglée ? Judith Soussan
Disponible en français, avril 2008 Disponible en anglais, juin 2008
- L'aide alimentaire et la politique des chiffres en Éthiopie (2002-2004)
François Enten
Disponible en français, mai 2008 Disponible en anglais, novembre 2008
- Dénutrition infantile, intérêts et limites de l'approche médicale humanitaire,
Jean-Hervé Bradol, Jean-Hervé Jézéquel
Disponible en français, décembre 2009 Disponible en anglais, juin 2010
- Médecins sans frontières et les sorties de guerre,
Jean-Hervé Jézéquel, Camille Perreand
Disponible en français, novembre 2010 Disponible en anglais, octobre 2011
- L'eau humanitaire est-elle potable ?,
Jean-Hervé Bradol, Francisco Diaz, Jérôme Léglise, Marc Le Pape
Disponible en français, juin 2011 Disponible en anglais, octobre 2011
- Sida : nouvelle pandémie, nouvelles pratiques médicales et politiques,
Joan Amondi, Jean-Hervé Bradol, Vanja Kovacic, Elisabeth Szumilin
Disponible en français, décembre 2011 Disponible en anglais, décembre 2011

Remerciements

Dans le cadre de cette journée de réflexion sur le thème de la qualité, nous tenons à remercier tout particulièrement Madame Adelaide Nascimento et Madame Christine Fassert pour leurs interventions respectives, ainsi que Madame Renée Madrolle et Monsieur Christopher Mambula pour leur présentation des mises en situation.

De même, nous souhaitons remercier toutes les personnes qui ont accepté de nous donner de leur temps et de leur disponibilité pour répondre à nos questions.

Rédaction : Michele Beck, Rony Brauman -
Relecture : Judith Soussan - Graphisme et mise
en page : fœgraphite

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
I. L'ÉTAT DES PRATIQUES ET DES QUESTIONS SUR LES NORMES ET PROCÉDURES DE QUALITÉ MÉDICALE DANS LES OPÉRATIONS MSF	13
A. Discours internes : résultats de recherche menée par entretiens	13
1. Les conceptions	14
2. A quelle(s) échelle(s) se situe-t-on ?	14
3. Dans quel référentiel s'inscrivent les critères de qualité ?	19
4. Comment s'assurer que les meilleurs soins soient donnés ?	24
5. Les meilleurs soins sont-ils une cumulation par spécialité ?	30
6. Les meilleurs soins sont-ils synonymes d'intervention systématique ?	34
7. Discussion avec la salle	36
B. Etudes de cas	42
1. Koutiala : l'évolution d'un projet ambitieux	42
Discussion avec la salle	46
2. Kaboul : la mise en pratique de la néonatalogie	48
Discussion avec la salle	53
II. L'ÉTAT DES PRATIQUES ET DES SAVOIRS SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ DANS D'AUTRES DOMAINES D'ACTIVITÉ	58
A. Prendre soin de la qualité : pour une articulation entre le réglé et le géré	58
1. Comment articuler la qualité réglée et la qualité gérée	58
2. Conflit de critères de qualité : qualité réglée versus qualité gérée	62
3. L'exemple de la radiothérapie : faire face aux aléas et gérer les conflits de normes	64
4. Espaces de débats sur le travail et le principe de subsidiarité	68
5. Discussion avec la salle	70

B. Domaine de la navigation aérienne et industrie nucléaire	74
1. La norme, son respect ou son non-respect dans le contrôle aérien	75
2. Analyse de risque dans le domaine du nucléaire	78
3. Discussion avec la salle	80
III. LES ORIENTATIONS POSSIBLES	
DE LA POLITIQUE QUALITÉ AU SEIN DE MSF	85
IV. SYNTHÈSE	91
A. Au niveau du patient	91
B. Au niveau du collectif :	
rapport à la norme et organisation du travail	93

Introduction

Rony Brauman

La question de la qualité du travail à Médecins Sans Frontières s'est posée dès le début de l'existence de MSF. Cela va de soi puisque, d'une part le problème de l'évolution de la qualité des pratiques fait partie de l'activité professionnelle ordinaire ; d'autre part, la pratique de Médecins Sans Frontières – même à l'époque où elle était encore très tâtonnante, très limitée, quantitativement – se déroulait sur des terrains lointains dans un environnement particulier qui exigeait donc une adaptation du travail médical. Ce travail était très léger, vu la faiblesse des moyens, mais la préoccupation de l'améliorer, de le faire évoluer, donc d'en faire un sujet de réflexion, était déjà présente. D'ailleurs, on le voit avec la publication, par les fondateurs de Médecins Sans Frontières, d'un premier livre collectif en 1976 - livre extrêmement théorique dans lequel on est renseigné sur l'état de l'art en réanimation, on apprend à gérer une population déplacée, à poser des drains thoraciques ou à organiser une campagne de vaccination, sans aucun lien avec la réalité du travail de terrain de l'époque. Reste que cette publication signalait déjà la nécessité de réfléchir sur la qualité et sur les pratiques.

Avec la génération suivante de MSF et le développement du travail dans les camps de réfugiés à partir de la fin des années 1970 et tout au long des années 1980, cette préoccupation s'est renforcée et concrétisée, dans un contexte où la question de la professionnalisation et de la structuration de Médecins Sans Frontières, jusqu'alors litigieuse, a été tranchée. Dès 1982, un embryon du département médical a été mis en place. Je dis « embryon », parce qu'il s'agissait d'une seule personne à l'époque, mais à partir de qui le département médical (que l'on appelait « tech-med », pour techniques médicales) s'est développé. Sa fonction était de répondre aux questions venant du terrain : quel antigène utiliser pour une campagne de vaccination ? Quel type de médicament, quel diagnostic ? Il s'agissait de questions très pratiques. L'activité de MSF, notamment dans les camps de réfugiés et les terrains de conflits, s'étendait de la médecine curative à diverses pratiques préventives, en passant par la chirurgie et la nutrition. Il fallait donc compléter les connaissances de chacun en fournissant un recours possible au siège. C'est à ce travail de documentation, d'appui technique, qu'était destiné ce département médical qui n'a fait que croître avec le temps.

Puis sont venues, à partir de 1986, la création d'Epicentre et la mise en place de *guidelines*. Le guide clinique et thérapeutique, le fameux « guide vert », était le premier d'une série qui n'a cessé à la fois de s'élargir et d'être retravaillé pour être mis à jour. Notre préoccupation, là, était d'une part d'assurer une certaine continuité des soins pour le bénéfice du patient, puisque les rotations d'équipe et les habitudes individuelles des soignants entraînaient des ruptures récurrentes dans les méthodes et les pratiques de soins ; d'autre part, de simplifier le travail de soutien du siège, en mettant à disposition du terrain une quantité déterminée de matériel, de médicaments, de tout ce qui constitue le plateau technique et les ressources indispensables pour le travail médical. Il était essentiel d'homogénéiser, de standardiser, faute de quoi on laissait se développer des pratiques disparates et il devenait impossible de répondre aux demandes, toujours très particulières, de chacun des volontaires sur le terrain.

C'est ainsi que des listes de matériels et de médicaments essentiels ont été peu à peu constituées. Quant à la création d'Epicentre, elle traduisait une volonté d'évaluer quantitativement une situation initiale, l'impact de l'action sur la situation, autrement dit le profil sanitaire de début de mission et sa transformation au fil des mois, essentiellement là encore dans les camps de réfugiés. Rappelons-nous que la pratique clinique n'était pas bien considérée à l'époque. MSF était souvent décrit, dans les milieux de la santé internationale, comme une bande de *cow-boys* inconscients, pas antipathiques mais amateurs, qui distribuaient des médicaments et contribuaient à entretenir de mauvaises habitudes autant qu'à répandre des résistances aux antibiotiques et à d'autres médicaments. Epicentre était notre manière de démontrer notre sérieux à ceux qui le mettaient en cause, pour qui seule comptait la santé publique. MSF avait le culot de parler de « *medical care* », alors que l'expression en cours dans les milieux de l'aide était « *health care* » et il y avait derrière cette petite bataille sémantique un conflit sérieux de représentations. De ce point de vue, MSF ancré dans les camps de réfugiés avait néanmoins une pratique qui permettait de justifier le travail médical curatif, mais dans une ambiance peu porteuse. Il ne faut ni exagérer ni sous-estimer l'hostilité au travail médical, du fait qu'aujourd'hui il est largement accepté comme nécessaire et allant de soi. Cela n'était pas le cas dans les années 1970 et 1980.

Dans ce contexte, la première difficulté que j'ai personnellement constatée était liée à la mise en œuvre d'un travail de recueil de données et d'application des standards qui commençaient à s'uniformiser dans un camp de réfugiés, en l'occurrence au Malawi. Premier paradoxe : alors que l'équipe MSF mettait en forme les données épidémiologiques, une épidémie de rougeole était en train de flamber dans le camp à l'insu de tous, du fait du temps passé à entrer et

traiter les données. Si je l'ai vu, ce n'est pas parce que j'étais meilleur que les autres, mais parce que j'étais en visite, que je passais ma journée dans le camp et que j'avais l'occasion de discuter avec le personnel local. Au quatrième dispensaire que j'ai visité, en entendant les infirmiers malawites mentionner des cas de rougeole dans chacun d'entre eux, j'ai compris qu'il y avait une épidémie de rougeole dans le camp. Cela a suscité beaucoup d'interrogations dans l'équipe, l'une des premières à devoir passer beaucoup de temps devant un écran d'ordinateur pour entrer des données.

Par ailleurs, toujours au Malawi, des foyers de choléra étaient apparus dans des quartiers du camp où il y avait des latrines et des robinets mis en place par MSF, alors qu'aucun cas n'était signalé dans la zone du camp où aucune installation *watsan* n'avait été possible en raison de la nature du sol. Cette situation inattendue amenait à s'interroger sur les résultats à attendre de la *watsan*. Bref, les premières questions arrivent assez tôt, dans un contexte où l'augmentation de la taille des missions et des budgets de MSF conduit à s'intéresser de plus en plus à des indicateurs quantitatifs et à un chiffrage de l'activité.

En dépit de quelques effets indésirables dont nous commençons alors à prendre conscience, l'encadrement des pratiques, unanimement considéré comme nécessaire, se développe. Il s'accélère même considérablement avec, au tournant des années 1990, l'augmentation de taille nationale et internationale de MSF et l'apparition concomitante de nouveaux moyens de communication. Le téléphone satellite, l'internet, le mail, induisent eux-mêmes – c'est en tout cas de cette époque-là que je les date – des règles de validation des pratiques, c'est-à-dire une sorte de micro-management médical qui n'a cessé de se développer. C'est au cours des années 1990, me semble-t-il, que le mot « validation » a commencé à avoir cette présence envahissante qui fait sourire beaucoup de gens un peu partout, mais que l'on utilise à tout propos.

Sur le plan de l'organisation du travail médical, on voit s'accumuler des couches de contrôle : conseil, encadrement médical, avec le medref, le comed, le CP, le médecin deské, Département médical... il est difficile de comprendre qui est responsable *in fine* sur le plan médical. Cette division du travail médical est prolongée par une division organisationnelle des spécialités : construction, *watsan*, RH, finances, admin', appro', etc. Bref, on constitue des silos dont les membres sont tous animés de la volonté de développer la qualité à l'intérieur de leur propre zone de travail. L'idée sous-jacente est que la qualité d'ensemble résulte de la somme des qualités partielles, ce qui est sans doute intuitivement acceptable, mais qui ne résiste pas à l'épreuve de l'examen.

Tout cela contribue à améliorer la qualité d'ensemble du travail, au prix d'un alourdissement des processus de décision qui peut ruiner parfois les efforts d'amélioration. C'est dans cette dualité qu'il faut considérer la question de la qualité. J'ajoute, au sujet de la tentation du contrôle permanent - le fameux « micromanagement » - que je ne pense pas qu'il y ait aujourd'hui plus de défiance vis-à-vis du terrain ou de volonté d'emprise sur les missions qu'il n'y en avait au début, dans les années 1970-80. La différence principale est que les moyens de contrôle n'existaient pas à cette époque, alors que depuis les années 1990, tout le monde est à portée de clic et de téléphone.

Chacun, à tous les niveaux de MSF, est fier du travail accompli et jamais relâché au cours des années, tout le monde se reconnaît dans cet effort en faveur de la qualité, qui est l'une des signatures de l'action de Médecins Sans Frontières. Il y a des échecs, qu'il faut analyser, mais aussi des réussites dont on est fier, et une dynamique d'ensemble qu'il faut évidemment préserver. C'est pourquoi la question du dosage et de l'écart entre ce qui est de l'ordre du standard et ce qui relève de la mise en œuvre reste irrésolue. L'alourdissement des procédures, leur opacité parfois, leur décalage avec les attentes de terrain, tout cela constitue un sujet de discussion, d'interrogation, de critiques permanent.

C'est la raison qui nous a amenés à engager ce travail sur la qualité avec cette journée. Il ne s'agit pas ici de produire un ensemble de nouvelles recettes qui ne feraient que prolonger les problèmes que nous cherchons au contraire à alléger. Il s'agit de réfléchir collectivement sur ce qu'est notre rapport aux bonnes pratiques en vigueur, à l'écart entre normes et usages. Devons-nous faire porter l'effort sur les *process*, sur les résultats observables ? Qui doit les apprécier, selon quels critères ? Y a-t-il d'ailleurs une grille d'évaluation globale ou plusieurs grilles possibles ? Je pense par exemple au point de vue du patient par rapport à un point de vue populationnel, aux éventuelles tensions entre clinique individuelle et santé publique.

Ce sont toutes ces questions que nous allons soit aborder frontalement soit effleurer obliquement, mais que nous allons tenter de problématiser au cours de cette journée organisée par Michèle, à qui je passe maintenant la parole pour présenter et animer cette journée.

I. L'état des pratiques et des questions sur les normes et procédures de qualité médicale dans les opérations MSF

Michèle Beck

Pour ma part, c'est par mon expérience sur le poste de référente en gestion hospitalière et dans le cadre de la réflexion menée pour un mémoire de master 2, que j'ai été amenée à me poser la question du rapport à la norme dans l'activité de travail chez Médecins Sans Frontières. Les plaintes récurrentes du terrain et les discussions autour de la *bureaucratie* qui menace l'association ont orienté mes recherches sur l'approche qualité et ses effets. C'est par ce travail de recherche, dont je vais rendre compte maintenant, que nous allons débiter cette journée.

A. DISCOURS INTERNES : RÉSULTATS DE RECHERCHE MENÉE PAR ENTRETIENS

La qualité est un concept vague englobant une multitude de notions différentes que chacun utilise en fonction de sa définition propre. Tout le monde est en faveur d'un travail dit de qualité, mais parlons-nous tous de la même chose ?

Aussi m'a-t-il semblé judicieux de prendre la perception de la qualité comme point de départ pour mener mes recherches sur l'état des pratiques actuelles. Ainsi j'ai fait le choix de la méthode des entretiens et expose ci-après les différentes perceptions et points de vue recueillis. Au moment de l'atelier, les résultats ont été synthétisés afin de correspondre au format de la journée. Je souhaite ici exposer l'ensemble des résultats pour compléter la présentation.

Un total de 31 entretiens a été réalisé : 11 au Département Médical, 10 au Département des Opérations et 10 avec des personnes étant sur le terrain, en coordination ou sur un projet. Un tableau récapitulatif reprenant les postes et l'expérience des personnes interviewées, ainsi que les deux questionnaires utilisés sont consultables en annexe.

1. LES CONCEPTIONS

La première question qui a été posée aux interviewés est celle de leur définition de la qualité médicale. En grande majorité, ils ont répondu par la définition de la qualité des soins :

« *C'est le meilleur soin qu'on peut donner* » (CH), « *c'est la prise en charge du patient avec des soins optimaux et adaptés* » (LS), et « *administrer le bon traitement à des gens en respectant la bonne prise en charge* » (RM).

Les autres personnes interrogées se divisent en deux groupes. Pour les uns, la qualité est synonyme d'efficacité, c'est à dire parvenir aux objectifs fixés par des stratégies claires, avec la capacité d'évaluer l'atteinte de ces objectifs. Leur définition s'apparente à celle du projet.

Pour les autres, la qualité se définit en fonction de standards ou de normes à atteindre, qui peuvent être différents selon les domaines. La relation aux normes et standards est mesurée grâce aux indicateurs.

2. A QUELLE(S) ÉCHELLE(S) SE SITUE-T-ON ?

A) L'ÉCHELLE DU PATIENT

Dans la littérature¹, la qualité au niveau du patient revêt deux aspects :

- « *La qualité attendue par les patients* », soit le niveau de qualité que les patients espèrent avoir dans les soins qu'ils reçoivent.
- « *La qualité ressentie par les patients* », soit le vécu qu'ont les patients pendant et après leurs soins. Elle est liée à la qualité attendue et à celle délivrée réellement aux patients.

Au cours des entretiens, environ un tiers des personnes ont parlé du patient, soit dans leur définition de la qualité, soit au détour des autres questions.

Pour certains, le soin de qualité est celui qui **ne nuit pas** au patient. C'est donc l'équilibre entre les bénéfices et les risques de la prise en charge pour le patient. Les exemples énoncés lors des entrevues sont entre autres les risques d'infections nosocomiales, d'effets iatrogènes et d'erreurs médicales.

1. Douguet, F. & Muñoz, J. (2005). *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnes soignantes*. Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » (2/5). (page 38) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud48.pdf>

Pour d'autres, la qualité doit prendre en compte **les droits du patient**. C'est-à-dire le droit d'être informé sur sa prise en charge, mais aussi sur les choix thérapeutiques qui se présentent. Cela implique aussi le fait de prendre en compte son bien-être. Plusieurs interviewés déplorent qu'on ne voie plus les patients que sous l'angle unique de leur pathologie et non sous celui d'une prise en charge dans leur globalité.

L'exemple ci-dessous montre la limite d'une dispensation de médicaments sans explications.

« Quelqu'un dans l'équipe a eu l'idée de faire une évaluation de la dispensation des médicaments. Résultat : 80% des patients ne savaient pas comment prendre leur traitement, après avoir reçu les explications. 80% ! J'étais choqué ! » (LS).

Le constat est fait régulièrement dans les entretiens : MSF ne part pas assez du patient, ce dernier n'est pas assez pris en compte. D'où l'idée émergente, pour améliorer le niveau de qualité, d'évaluer la satisfaction des patients dans nos structures. Ceci pas forcément de façon systématique, mais comme un outil permettant de mieux appréhender leurs attentes et de pouvoir y répondre.

« Quand je suis allée en visite à Koutiala² (...), en néonatalogie l'infirmière m'a demandé si les papas avaient le droit d'entrer dans le service. C'était interdit... »

On mesure intellectuellement ce que ça implique de prendre en compte l'avis des patients et des familles, mais en pratique c'est plus difficile.

Quand un enfant est mis en réanimation, souvent la maman attend dehors sur un banc et elle finit par avoir un bébé emmaillotté, parce que décédé, sans trop savoir ce qui s'est passé entre temps, sans avoir pu suivre ce qui s'est passé au fur et à mesure. (...)

A Katiola³ c'est un aspect qu'on voudrait travailler encore, cette satisfaction des patients, faire des sortes de focus groupes en dehors de l'hôpital qui nous permettraient d'avoir des retours de la population. » (IM)

Il faut aussi prendre en compte, comme relevé par certains, que les structures MSF s'inscrivent le plus souvent dans une offre de soins préexistante. Elles sont un choix parmi d'autres, qui peut parfois être cumulatif, notamment avec la médecine traditionnelle.

Il faut aussi mentionner le travail réalisé actuellement dans les programmes nutritionnels sur l'amélioration de la relation soignant, mère et enfant, afin de

2. Projet MSF au Mali

3. Projet MSF en Côte d'Ivoire

construire des relations de confiance. L'objectif est de refaire confiance aux mères pour identifier des signes de complication et de les laisser prendre en charge leur enfant en ambulatoire.

Enfin pour un dernier groupe de personnes, le meilleur soin pour le patient est celui qui fait usage des **techniques et savoirs les plus appropriés**, c'est-à-dire qui prend en compte l'état des connaissances et adapte la pratique aux dernières découvertes et publications.

Toujours à l'échelle du patient, quelques personnes ont ajouté un niveau supérieur intégrant **la vision des soignants** dans leur définition de la qualité.

Dans la littérature, « *la qualité voulue par les professionnels est formulée sous forme de critères explicites à partir desquels il est possible d'apprécier la conformité de la qualité délivrée* » (DRESS, 2005, p38), c'est donc l'adéquation d'un acte technique à une norme, un protocole. Cette vision très technique de la qualité est à mettre en balance avec l'importance que revêt la relation avec le patient pendant le soin. Pour les soignants, c'est donc tout autant l'aspect technique du soin que la relation d'aide au patient qui font qu'un soin est dit de qualité⁴.

Cette relation d'aide apparaît aussi dans les entretiens comme une composante essentielle de la qualité. Ainsi l'accent a été mis sur l'accueil, le comportement et les interactions avec le patient pendant le soin. Il a aussi été mentionné que pour atteindre un niveau de qualité satisfaisant, il fallait permettre l'équilibre entre autonomie d'agir et cadre sécurisant du protocole, tout en assurant des conditions de travail appropriées aux équipes pour réaliser au mieux les soins. L'accent a alors été mis sur l'ergonomie des postes de travail, l'obligation de moyens et le confort, comme dans l'exemple suivant :

« *Le chariot de ménage pour les agents d'entretien du bloc de l'hôpital de B. a été commandé puis décommandé plusieurs fois. Il vaut 400 euros, ok c'est cher. Mais une machine à ultrasons c'est beaucoup plus cher et on ne se pose pas la question. Si on facilite le travail des agents d'entretien, ça sera plus facile et simple de faire le nettoyage selon les règles et ils le feront. Actuellement ils ont 2 seaux qu'ils doivent tirer derrière eux... » (HD)*

4. CCECQA – Anaes. (2004). *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions.* (page 24) Publication de l'Anaes (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé). http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Couts_qualite2_2004_Rap.pdf

B) L'ÉCHELLE DU PROGRAMME : ALLOCATION RAISONNÉE ET PRAGMATIQUE
DES RESSOURCES

A cette échelle, les interviewés décrivent le meilleur soin comme s'inscrivant dans une **stratégie pragmatique**. Par exemple, il ne faut pas réaliser de dépistage de la tuberculose sans avoir de traitements disponibles ou un lieu de référence auquel adresser les patients.

Le soin doit aussi reposer sur une **allocation optimale des ressources**. Deux exemples permettent d'illustrer ce critère. D'une part, si les critères d'admission sont trop larges et qu'on inclut trop de patients, on va utiliser des ressources pour des actions qui n'étaient pas nécessaires. D'autre part, en changeant le protocole de nutrition en hospitalisation, on a pu recentrer les équipes soignantes sur les patients qui avaient le plus besoin d'elles.

« A Kaboul, la néonatalité avait un taux de mortalité très bas, ce qui était surprenant. Donc on a fait le point sur les critères d'admission, qui étaient peut-être trop larges, qui incluaient trop d'enfants. En réduisant, cela permettait aussi de diminuer le nombre de mères accompagnantes, qui étaient obligées de dormir à deux par lit, par manque de place. Mais tout ça, l'équipe sur place en avait conscience, ça a été facile. » (BV)

« De ma propre expérience sur le terrain, je savais qu'une fois stabilisés, les enfants veulent manger, ils ne veulent pas de lait F100. On l'a d'abord mis en place en RCA, parce qu'on avait une rupture de F100, d'où le test, et comme ça a fonctionné, on a standardisé aux autres terrains. Dès qu'ils acceptent les ATPE [Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi], on les envoie à la maison. Donc en phase I, ils reçoivent du lait F75 et dès le retour de l'appétit, on fait un test d'ATPE pendant quelques jours, (...) puis ils rentrent à la maison. On diminue le risque d'infections nosocomiales. Les soignants ont plus de temps pour les enfants qui ont vraiment besoin d'eux et les mamans de retour à la maison ont aussi le temps de s'occuper des autres enfants. Donc on fait confiance aux mamans pour la phase II. » (KH)

L'échelle du programme comprend aussi son environnement social, c'est-à-dire la population. A ce niveau le meilleur soin est celui qui ne génère **pas de risques supplémentaires pour la population** et les autres patients potentiels. Les exemples les plus fréquemment utilisés dans ce cadre sont les traitements antibiotiques, antipaludéens ou traitements contre la tuberculose, qui peuvent mener à des résistances, donc à un problème de santé publique. Ici l'échelle du patient, par conséquent son traitement individuel, entre en opposition avec la santé publique, à cause du risque de résistance. Ce dernier est majoré à chaque fois qu'un patient est mis sous traitement.

Il a aussi été mentionné l'importance de prendre en compte les **attentes de la population** en termes de qualité médicale : comprendre quelles sont leurs attentes en matière d'offre de soins, pour nous permettre d'assurer l'attractivité du projet.

« C'est prendre en compte l'offre d'un système de qualité qui va être accepté par la population. C'est prendre en compte aussi ce que la population attend en termes de qualité médicale. D'où l'importance d'une approche du terrain, qui va écouter les gens à la base et évaluer ce qu'ils veulent. Et ça ne peut pas se faire Top – Down avec une qualité théorique. » (MS)

Cette attractivité va être d'autant plus forte que les activités du projet vont être en adéquation avec les attentes exprimées par la population, ce qui peut entrer en opposition avec ce que nous estimons être leurs besoins.

« A Grozny, si on ne regarde que la technicité médicale, c'est bien. On pose des stents, on a des traitements médicaux de pointe pour les pathologies cardiaques. Mais c'est un projet complètement déconnecté de la réalité, de ce que vivent les gens sur place [système totalitaire]. » (BV)

En Syrie, un projet a ouvert en 2012 dans le Nord du pays pour prendre en charge les blessés de guerre. Des missions exploratoires ont continué à être menées, afin d'identifier les besoins de la population secondaires au conflit, auxquels le projet ne répondait pas.

Toutefois certaines réserves ont été émises, certaines attentes de la population peuvent être techniquement infondées, comme par exemple la préférence pour les injections plutôt que les traitements per-os, ou la demande de scanner et autres appareils biomédicaux sophistiqués. Les personnes interviewées ont alors mis en avant le rôle de MSF de démontrer qu'avec les basiques, il était possible d'atteindre un niveau de prise en charge de qualité tout à fait acceptable.

En conclusion, ces niveaux d'échelle peuvent être complémentaires, mais ils peuvent aussi entrer en confrontation. Ainsi les priorités de santé publique ne sont pas toujours conciliables avec le meilleur traitement pour le patient. Si nous nous étions arrêtés à ce constat, nous n'aurions pas milité pour passer les DOT (Directly Observed Therapy) en SAT (Self Administrated Therapy) dans les programmes de lutte contre la tuberculose.

3. DANS QUEL RÉFÉRENTIEL S'INSCRIVENT LES CRITÈRES DE QUALITÉ ?

Trois positions se confrontent dans les entretiens : deux positions minoritaires qui se focalisent uniquement sur les moyens mis en œuvre ou sur l'atteinte de résultats satisfaisants. Pour la troisième position majoritaire, dans les discours, la qualité s'évalue au croisement des *process* et des résultats.

Dans l'obligation de moyens à mettre en œuvre ont été cités : les équipes en nombre suffisant et formées, les infrastructures, les équipements, les médicaments et produits médicaux, ainsi que l'organisation des soins, comprenant les protocoles médicaux et l'ergonomie des postes.

L'appréciation des résultats s'objective quant à elle par les indicateurs collectés, les rapports d'activités et/ou l'observation au moment des visites terrains. Pour ceux qui définissent la qualité comme une obligation de résultats, il est nécessaire de rester dans des normes acceptables, objectivées par les indicateurs. Je reviendrai sur les normes tout de suite.

« Je mesure la qualité, plus que je ne la définis, surtout via la mortalité. Donc je vois ça comme un taux de mortalité plutôt bas avec des gens qui sortent guéris (...) Aussi le taux d'occupation des lits qui me permet d'évaluer le confort pour les patients et les soignants (nombre de patients par lit...) » (AM)

« Ma définition de la qualité c'est comment rester dans les normes ou les indicateurs, qui sont définis par nous ou par des organismes extérieurs, et comment on se positionne par rapport à ça. Extérieur, car par exemple on ne doit plus réutiliser les aiguilles, c'est une norme extérieure à laquelle MSF se plie. » (CM)

S'opposent à cette position quelques personnes pour qui avoir de bons résultats prend du temps et qui estiment qu'il faudrait se focaliser davantage sur les moyens.

« C'est pour moi moins une question de résultats qu'une question de mise en œuvre. Je me ferais moins aux indicateurs, et plus à ce que tu as mis en place pour permettre une prise en charge optimale du patient. C'est plus rattaché à des moyens qu'à des résultats. » (LS)

On voit donc clairement qu'ici aussi les avis divergent en fonction de la position prise. Quand on parle de moyens ou de résultats, la question est de savoir sur quoi on s'appuie pour savoir s'ils sont acceptables. A quel référentiel fait-on appel ? Et où place-t-on le curseur de ce qui est acceptable et de ce qui ne l'est pas ?

Une grande diversité de termes est apparue quand j'ai fait appel à la référence au cours des entretiens. Au total, 14 termes différents ont été utilisés pour parler de la règle ou de la norme à laquelle on se réfère. Cela va des « bonnes pratiques », expression telle qu'utilisée aujourd'hui dans la formation en gestion hospitalière pour parler de qualité, jusqu'aux « minimums standards », « basiques » et autres « prérequis », en passant par les « protocoles » et les « procédures », etc...

Afin de clarifier au mieux le rapport aux référentiels, je distinguerai les réponses qui ont été faites par les référents du Département Médical et celles données par les personnes interviewées du Département des Opérations et du terrain.

Les référents du Département Médical sont les personnes qui produisent les référentiels mis à disposition sur les terrains d'intervention de MSF. Au cours des entretiens, on constate que les référents utilisent des notions variées, d'origines différentes, pour construire les référentiels MSF. Il peut s'agir de l'expérience individuelle, de « *evidence based medicine* », même s'il n'existe pas toujours de références solides en la matière, comme le soulignent certains référents. Les référentiels incluent aussi l'expérience collective formalisée sous forme de guidelines ou de protocoles standards. Sont aussi utilisés les cadres normatifs et réglementaires officiels, comme les dernières publications, les protocoles de l'OMS et de l'Unicef, tout en gardant à l'esprit que MSF peut être en désaccord avec ces derniers.

La grande variété de sources et la pluralité des référents et donc des référentiels peuvent entraîner des divergences nécessitant des arbitrages :

« Au niveau pédiatrique c'est compliqué : par exemple un enfant qui fait un palu, ça relève des pédiatres ou de la référente maladies tropicales ? Même question pour une femme enceinte, où il y a un problème et il faut faire une césarienne : ça relève de l'obstétricien ou de l'anesthésiste ? » (BV)

Ces référentiels sont en évolution et nécessitent des mises à jour. Pour certaines spécialités, ils sont en cours d'invention ou d'expérimentation. C'est particulièrement vrai pour la nutrition, la tuberculose et les urgences.

« En Géorgie, on est en train de chercher un nouveau traitement TB, du coup ça change tout le temps. Ce qui impose des contacts directs avec le terrain pour la qualité, les protocoles, les médicaments, etc... (...) [Cette dimension technique du support, reconnue comme telle] permet d'avoir plus de liberté pour travailler directement avec le terrain. » (CH)

Si la majorité des référents s'accordent sur le fait que le référentiel est une base minimum acceptable et non « *une excellence à atteindre* » (HD), deux groupes coexistent.

Dans certains domaines, les référentiels sont fixes et intangibles. Ils relèvent de l'exigence. C'est le cas en anesthésie, en pharmacie et au laboratoire. Ces domaines sont définis par les référents comme théâtres de risques iatrogènes majeurs, où il est préférable de ne rien faire plutôt que de mal faire. Dans ce cas, les référents se posent moins en conseils qu'en garants du respect d'un certain niveau d'exigence.

« Quand je suis arrivé, j'ai défini une ligne rouge sous laquelle il ne fallait pas faire de chirurgie, ce qu'on a appelé le minimum standard. (...) L'argument d'être sous les bombes ne tient pas, car on a 1% de nos projets qui sont sous les bombes. Les autres 99% sont des projets stables, où on ne doit pas faire n'importe quoi. » (XL)

« Mais pour moi, c'est le rôle des référents. On est là pour maintenir le niveau de qualité et assurer la mémoire, parce que nous restons dans le temps, plus que les équipes terrain. » (CL)

Dans les autres domaines, les référentiels sont négociables, adaptables ou en évolution. Ce sont des domaines où la balance bénéfiques / risques penche en faveur de l'action plutôt que de l'abstention. Les référents revendiquent alors davantage une fonction de conseil.

« Pour moi l'essentiel est de s'adapter au terrain, que ce soit faisable, mais c'est difficile avec certains référents qui ont leurs propres objectifs et qui définissent la qualité comme devant être au niveau européen. Pour moi c'est plus important d'avoir déjà les basiques correctement en place partout. » (KH)

Les référentiels sont donc perçus de différentes façons, qu'ils soient des garde-fous, des prérequis ou des protocoles à suivre ou dont on doit s'inspirer. On constate que la position majoritaire est celle du compromis et de la discussion.

Du point de vue du Département des Opérations et du terrain, une des premières constatations faite est le manque de clarté sur la nature du référentiel : est-ce un minimum acceptable ou un idéal à atteindre ?

Pour les Opérations et le terrain, les prérequis ne tiennent pas en situation d'urgence. Il vaut mieux agir, plutôt que de ne rien faire, tant qu'on ne nuit pas et qu'on peut assurer la sécurité du patient.

Hors situations d'urgence, l'ouverture d'un projet peut néanmoins se faire de façon « dégradée », pour accélérer le processus. L'ouverture du projet a pu être tellement retardée que les autorités commencent à douter et à nous trouver incohérents, comme dans l'exemple suivant.

« A Katiola, on a fait une ouverture en mode “dégradé”, je n'aime pas ce terme. Il n'y avait pas forcément toute la qualité dès l'ouverture, parce que le bloc opératoire était une salle de pansement de l'hôpital, mais en termes de sûreté il y avait le basique. (...) L'objectif était d'ouvrir une fois la réhabilitation finie. Mais avec les contraintes internes et externes : la validation du projet médical, le MoU, les plans de l'hôpital, ça a été tellement long qu'il y a eu un moment où ça risquait de mettre à mal le projet. Il fallait commencer. » (IM)

S'il est admis pour les opérationnels de commencer sans que tous les standards soient en place, chacun a insisté sur le fait d'améliorer dans un second temps la situation en fonction de la disponibilité progressive des moyens.

Cependant deux prérequis sont souvent revenus comme des impératifs : la qualité des médicaments et l'anesthésie.

Tout comme pour les référents médicaux, s'est posée la question du rapport que les équipes entretiennent aux référentiels. De façon tout à fait spontanée, 1/3 des interviewés ont mis en relation le niveau de qualité et le contexte. Pour eux, le niveau de qualité doit être adapté en faisant des compromis. *« C'est le contexte et l'environnement qui vont définir le niveau de qualité acceptable, qu'on va mettre en place sur chaque pays, couplé à nos exigences » (LS)*. La qualité ne peut pas être un dogme ou un objectif en soi, mais doit être rattachée à du concret, *« sinon on court le risque, par exemple, de voir des patients refusés parce qu'ils pourraient avoir un impact négatif sur nos statistiques » (LS)*.

Quand les personnes parlent de contexte, elles le définissent comme incluant la sécurité, l'accès aux populations, le profil épidémiologique de la population, les négociations avec les autorités locales, le niveau de qualité dans le pays, les compétences des équipes locales...

Il faut noter que les personnes du terrain insistent particulièrement sur l'importance de leur expérience comme facteur de réussite pour mettre en pratique les outils et les recommandations. Pour elles, il est clair que l'expérience a une importance majeure pour pouvoir adapter au mieux les règles au terrain et faire les compromis nécessaires. Pour autant, elles ne remettent jamais en question l'intérêt de mettre en place les règles et leurs effets bénéfiques.

« Les checklist et protocoles m'ont fourni une ligne conductrice. Et pour le staff, cela permettait qu'ils trouvent les réponses à leurs questions, sans toujours avoir besoin de venir nous voir. Les guidelines m'ont été très utiles lors de ma première mission en RDC pour répondre aux problématiques. (...) Et tu as aussi les référents qui sont là pour t'apporter le support en formation si besoin, et en update des dernières nouveautés » (AM)

Elles estiment que les équipes terrain savent adapter le niveau de qualité requis au contexte.

« A Gaza, on a une mauvaise prise en charge de la douleur, qui est due à un facteur externe [interdiction des autorités d'utiliser des morphiniques]. Donc il n'y a pas de prise en charge de la douleur de qualité. Mais l'équipe gère sans antidouleurs avec les moyens du bord. Ils cherchent quand même avec les billes des psychologues pour trouver des trucs techniques. L'équipe est très proactive. Ils cherchent aussi d'autres médicaments, qui ne sont pas sur la liste bannie. » (MB)

C'est de cette adaptation des référentiels au contexte que naissent les difficultés énoncées pendant les entretiens. Dans la majorité des cas, les exigences en termes de qualité sont trop élevées pour nos pays d'intervention dit « traditionnels ».

« Le niveau d'hygiène d'Amman ne peut pas être un standard commun à tous nos projets. On n'a pas des contextes "Amman" sur tous nos projets. » (MB)

« Au Soudan du Sud, pour faire un laboratoire de bactério, c'est difficile, déjà la banque du sang on n'a pas réussi. Alors arrêter de donner des antibiotiques à l'aveugle, on veut bien. Mais sans labo de bactério, c'est compliqué. » (CM)

A l'inverse, il est des situations où le seuil qualité fixé est cette fois trop bas par rapport au niveau de qualité du pays d'intervention. Certains les appellent les « nouveaux pays d'intervention » et citent en exemple l'Ukraine et le Proche Orient. Dans ces situations, les référents médicaux sont perçus comme bloquant l'ajustement des standards vers le haut.

« On a tendance chez MSF à se caler sur le niveau africain. J'étais aux discussions sur les histoires de niveau de qualité pour le Moyen Orient, dont les demandes étaient plus élevées. On s'empêchait d'aller jusqu'à ce niveau de qualité dans la réflexion, parce qu'on estimait que le nôtre était acceptable. » (LS)

« Les exigences de qualité sont très élevées pour certains terrains, mais elles ne sont pas concordantes avec le Moyen Orient. Il faudrait plus d'outils, de guidelines et de

supports pour ce type de contextes, mais c'est l'inverse, le Département Médical est bloquant pour changer. » (AG)

Quelques personnes des Opérations ont expliqué que les difficultés qu'elles avaient à faire comprendre la réalité du terrain venaient souvent du fait que certains référents étaient encore jeunes en poste et que les profils devenaient de plus en plus techniques.

On constate donc que l'adaptation des référentiels aux terrains d'intervention n'est pas aussi fluide que ce que les référents peuvent croire : plus on se rapproche de l'action, plus le sentiment d'inertie et de blocage se renforce.

4. COMMENT S'ASSURER QUE LES MEILLEURS SOINS SOIENT DONNÉS ?

A) AU NIVEAU DU DÉPARTEMENT MÉDICAL

La majorité des référents interrogés assurent avoir confiance dans le terrain et être dans une démarche de tentative de compréhension quand ils voient que le terrain ne suit pas leurs recommandations.

Peu de personnes ont parlé d'indicateurs qualité en tant que tels. Au contraire, il ressort que ces indicateurs, tels que collectés dans les établissements français, sont souvent difficiles à recueillir. Les référents parlent finalement beaucoup plus des outils et des indicateurs quantitatifs, qui leur permettent de savoir ce qui se passe sur le terrain. Ainsi ont été cités en priorité les données quantitatives (OPD, IPD, Surgery, avant d'être remplacé par Praxis⁵), mais aussi les revues de mortalité, les visites terrains, ainsi que les briefings et débriefings, enfin les outils spécifiques aux différentes spécialités : revue de qualité anesthésie, contrôle qualité des tests de laboratoire, Isystock, etc...

Les référents ont énoncé les différents obstacles qu'ils rencontrent dans l'amélioration de la qualité.

Ils déplorent le manque d'adaptation des moyens et par conséquent, du niveau de qualité de prise en charge quand un projet est prolongé au-delà de ce qui était initialement prévu.

Du fait des différents niveaux de validation, de la complexité de la chaîne de

5. Fichiers informatiques de recueil des données médicales. Praxis est l'interface terrain du nouveau système de recueil de données.

décision et du nombre d'intervenants, la dilution des responsabilités est revenue régulièrement dans les discussions. L'exemple suivant relate comment les signaux d'alarme ne sont parfois identifiés qu'au niveau des référents médicaux, chacun s'étant déchargé de la vérification sur le niveau suivant ou précédent.

« Le taux de positivité TB devrait être entre 6 et 20 % et rester stable dans le temps. Donc si tu vois des résultats supérieurs à 20 %, inférieurs à 6 % ou qui varient, c'est bizarre. Il faut vérifier le labo : les contrôles qualité, s'il y a une surcharge de travail etc. ... et voir avec les médicaux s'il y a eu un changement dans le contexte. Mais c'est souvent au niveau du siège qu'on s'en rend compte, mes collègues sur la tuberculose ou moi-même » (CL).

Les référents ne se sentent pas assez impliqués par les Opérations dès l'ouverture des programmes. Certains regrettent ce qu'ils appellent «le tout pouvoir aux Opérations». D'autres regrettent d'être considérés comme source de complications inutiles, ajoutant qu'ils interviennent régulièrement « pour rattraper les erreurs » qui auraient pu être anticipées au démarrage par leur expérience.

Un autre obstacle identifié, cette fois au niveau du terrain, est le fatalisme de certaines équipes, qui manquent alors d'ambition, comme illustré ci-dessous :

« J'ai eu une discussion avec quelques expats qui étaient prêts à sacrifier la qualité, parce que pour eux le contexte ne permettait pas de faire mieux. (...) Le discours est « c'est comme ça, on ne peut pas changer ». Il y a un manque de questionnement et de recherche de solution. » (MO)

Les mêmes référents constatent toujours la production, par certains expatriés, de protocoles sauvages sur le terrain. C'est d'autant plus un problème que ces protocoles affichés dans les services sont souvent contradictoires. De façon plus globale, le turn-over des expats a aussi été vu comme une difficulté au maintien de la qualité, car il entraîne un manque de continuité et de vision à long terme, ce qui a aussi été observé par les interviewés des Opérations.

Pour les trois échantillons interviewés, les référents du Département Médial sont perçus comme les garants de la qualité et de son maintien. C'est-à-dire qu'ils assurent entre autres le respect de certains critères lors de la mise en place de nouveautés, telles que la SIPAP⁶ à Irbid par exemple. Leur incombe aussi le rôle d'être informés des dernières avancées, des études et recherches de leurs domaines respectifs, afin de mettre à jour les protocoles. Enfin ils apportent un support technique spécifique à leur spécialité aux différents niveaux opérationnels. Une

6. «Synchronized Inspiratory Positive Airway Pressure» ou Ventilation Non Invasive pour les enfants en néonatalogie.

personne a insisté sur l'importance d'avoir des référents travaillant à la fois chez MSF et hors MSF, afin d'enrichir la vision de MSF.

C) LA PERCEPTION DU DÉPARTEMENT DES OPÉRATIONS

Au cours des entretiens, deux types de blocages sont apparus.

D'abord, le manque de flexibilité des standards et des référentiels. La situation suivante montre que les exigences de qualité peuvent parfois être en contradiction avec les réalités vécues sur le terrain :

« A Yida, on n'a pas de bloc opératoire et on sait qu'il y a le risque de se retrouver coincés si on a une femme qui accouche avec un besoin de césarienne et qu'il n'y a pas moyen de la référer. Du coup le desk a demandé à avoir un kit césarienne avec de la kétamine au cas où. C'est quand même mieux que de laisser mourir la femme. Finalement ils ont eu le matériel (...), mais ça a demandé beaucoup de discussions, de justifications et de temps. » (CS)

Le second point de blocage est lié à la mise en place de nouvelles stratégies ou molécules poussées par les Opérations, comme illustré par les deux exemples suivants.

Lors de la mise en place du Sondalis^{®7} à Atmeh, l'interviewé raconte qu'il lui a fallu un mois et demi d'échanges avec le Département Médical et environ 30 mails pour arriver à mettre 3 patients sous traitement. Le Département ne voulait pas envoyer le matériel et valider les protocoles sans être sûr que tout était en place. La position de l'interviewé était d'avoir le matériel pour pouvoir réaliser les formations adéquates avant de débiter tout traitement.

Dans l'exemple suivant, l'interviewé relatait une situation où le desk souhaitait débiter une nouvelle activité, mais les compétences techniques n'étaient pas présentes en interne. Le Département Médical a alors été bloquant sur le démarrage de cette activité et le desk a cherché les compétences nécessaires en externe.

« En Tchétchénie (...) on avait décidé qu'on devait rester dans le pays, mais le projet en cours était plutôt à composante sociale (...), alors qu'à côté, des personnes mourraient à cause de problèmes cardiaques. Le blocage était surtout en interne, avec le Département Médical, car on n'avait pas les compétences en interne. Ce projet demandait de la technicité et un bon niveau d'hygiène. (...) Il y avait les compétences en local, mais ils manquaient de moyens. (...) Donc on a dû aller chercher les compétences spécialistes en externe et VJ nous a mis en contact avec des personnes qui nous

7. Alimentation pouvant être donnée aux patients par une sonde nasogastrique.

ont apporté ces compétences et les référentiels avec le minimum nécessaire et les moyens nécessaires pour lancer ce projet. » (LS)

Deux points de blocage ont été cités : la validation des protocoles médicaux et la validation des commandes pharmacie.

Les personnes interrogées comprennent cependant la responsabilité qu'impliquent ces décisions. Qui va être responsable si un patient développe une complication suite à la mise en place d'une nouvelle molécule ?

« C'est une question de responsabilité, d'où le blocage sur certaines règles, car si ça se passe mal, il va être le responsable, comme pour Ebola avec cette peur de la contamination. » (CM)

D) LA PERCEPTION DU TERRAIN

Avant de développer la perception du terrain, il faut préciser qu'aucune des personnes interviewées ne fait la distinction entre le Desk / Cellule et le Département Médical. Le poste de « médecin deské » est celui qui manque le plus de clarté.

Lors des discussions sur le suivi du niveau de la qualité par les personnes du siège, deux thématiques sont ressorties principalement : le reporting et le processus de prise de décision.

Le **reporting** comprend le remplissage de tous les fichiers et outils demandés dans le but de suivre les activités ainsi que le niveau de qualité. Il représente pour la majorité des personnes interviewées une charge de travail importante. Elles se plaignent par conséquent de passer plus de temps derrière leur ordinateur à les remplir qu'à suivre effectivement ce qui se passe dans la réalité.

« Sur le terrain, tu vois tout le monde derrière un écran d'ordinateur, pour suivre tous ces outils. Ça crée un isolement des gens avec aussi la baisse du niveau de qualité. Par exemple on ne sait plus gérer nos stocks, on les suit sur l'ordinateur avec des logiciels où les données sont fausses et en pratique on laisse le staff gérer. Du coup on se fait piller notre stock et ça a un effet négatif sur notre image en local et sur notre crédibilité. » (TH)

Par cette charge importante de reporting, certaines personnes se vivent comme des « passeurs d'informations vers le niveau supérieur », en étant systématiquement dans la position de devoir se justifier. Elles ont l'impression de récolter les données, de faire des propositions, mais que les discussions et les prises de

décisions se font au niveau supérieur, entre coordination et desk, sans qu'elles en aient de retours. C'est particulièrement le cas des discussions qui se tiennent pendant les mises à plat (MAP), à propos desquelles les équipes de terrain disent n'avoir que peu d'informations.

Plusieurs personnes ont aussi insisté sur leur impression d'inertie quand elles demandent du support. On leur demande en retour beaucoup d'informations et de justifications, à tel point qu'elles finissent avec plus de questions que de réponses à leur problème.

« Par peur de prendre des risques. On n'a pas tous les éléments et on veut une qualité absolue, c'est-à-dire avoir toutes les informations. Du coup on ne fait rien et ça peut être bloquant longtemps. Comme pour un forage où on voudrait avoir toutes les informations sur la qualité de l'eau, le type de sol, etc... et au final l'hôpital n'a pas d'eau de ce forage pendant longtemps. » (TH)

Un autre exemple cité par une personne interviewée se situe cette fois à Monrovia, où les cadres du projet dépensent leur énergie à justifier des ratios RH adaptés à leur contexte. Il faut préciser que ces ratios sont donnés à titre indicatif, mais dans cet exemple, ils sont devenus prescriptifs.

« Le fait d'avoir un peu plus de staff fait aussi qu'on a un bon niveau de qualité. Par contre ça a créé pas mal de discussions avec le siège sur les ratios et le fait qu'on soit au-dessus des « ratios MSF ». On a un infirmier pour 5 patients en ICU et un infirmier pour 10 patients en hospitalisation. Dans la discussion on était sur les ratios de 1 pour 15, mais avec notre organisation spatiale ce n'est pas possible. Au début ils ne nous ont pas crus, finalement avec la visite de la référente en gestion hospitalière et les discussions, ils ont accepté. » (OM)

Ces deux derniers exemples montrent que du point de vue du terrain, les exigences en termes de qualité des différents départements supports se cumulent, qu'elles soient RH, logistiques ou médicales. Le terrain les appréhende de façon globale et non par spécialité.

Vu du terrain, le **processus de prise de décision n'est pas plus clair**, le décisionnaire final n'étant pas clairement identifié. D'où le sentiment de ne pas être inclus, alors que tout le monde s'accorde sur le fait que c'est du terrain que l'on a la meilleure vision du contexte et de la réalité.

« A Zaatari, les référents de Bordeaux étaient là. Mais il n'y avait pas l'espace pour dire ce qu'on pensait. On ne me demandait pas mon avis, alors que c'est moi qui allais

travailler dedans. Et quand je donnais mon avis, il n'était pas suivi. Quand j'ai vu le plan, les points d'eau n'étaient pas aux bons endroits, c'était sûr que le staff n'allait pas se laver les mains. » (AD)

Par conséquent, un certain nombre de personnes ont exprimé le sentiment de n'être que de simples exécutants, dépossédés de leur rôle, poussés à suivre la règle, à vérifier des checklists sans les remettre en question, autant au niveau des Coordinateurs Projet que des équipes nationales. Elles ont aussi le sentiment d'une perte de capacité de réflexion sur le terrain, qu'elles expliquent comme l'effet indésirable des méthodes de travail citées précédemment.

« Pour moi un bon CP c'était celui qui faisait en sorte que toutes les procédures soient bien en place, j'avais presque une sorte de checklist où je vérifiais que tout était fait (...) Mon chef de mission m'a beaucoup remis en question, déjà sur pourquoi on utilisait ces standards et est-ce que c'est toujours nécessaire (...) J'ai l'impression qu'on perd cette capacité de réflexion sur le terrain. » (RM)

« C'est comme l'exemple de la grille d'évaluation pédiatrique, qui est trop compliquée pour le staff. On nous dit que c'est obligatoire de la remplir pour assurer la qualité des soins. Pourtant on a quand même des décès, parce que le staff remplit la grille sans vraiment comprendre et savoir à quoi ça correspond. Donc tu as des décès d'enfants qui ont des grilles super bien remplies. » (AM)

Cet état d'esprit de devoir tout justifier par des données ou des outils est tellement puissant qu'une personne demandait s'il ne serait pas possible d'avoir un outil d'évaluation du personnel national en fonction des pays. Ceci afin de pouvoir justifier l'adaptation du standard aux compétences du pays. Elle expliquait connaître le niveau de compétences de ses équipes, mais avoir besoin d'arguments objectifs, donc chiffrés, pour être entendue.

Ce formatage des équipes terrain a aussi été constaté par des référents médicaux et des personnes des Opérations, mais sous un angle différent. Ils estiment qu'il y a beaucoup d'informations qui sont collectées au niveau du terrain sans que cela ait été demandé. Ils sont aussi régulièrement surpris par les demandes de validation des terrains, qui remontent très haut dans la hiérarchie pour des points de détails qui peuvent être réglés sur les terrains. Enfin, ils observent le remplissage systématique des outils, sans que l'utilité de ces derniers n'ait été comprise.

« Le problème encore une fois des checklists et indicateurs, c'est que s'ils les remplissent systématiquement sans savoir pourquoi ils le font ou sans vérifier ce qui doit l'être, ça n'a aucune utilité. » (HD)

En conclusion de ce chapitre, on observe cette contradiction entre la demande de retours d'informations du terrain vers le siège pour les Opérations et les départements supports, avec un effet cumulatif, et la demande faite aux équipes d'être plus présentes sur leurs activités, afin de garantir la qualité des actions menées.

De plus, une autre contradiction apparaît entre la façon dont le Département Médical se perçoit « en support » et le sentiment de contrôle accru vécu par les équipes par le biais des validations. C'est d'autant plus contradictoire que certains affirment toujours finir par avoir ce qu'ils veulent, mais au prix de beaucoup d'énergie et d'une certaine lassitude. Le risque ici est de choisir ses luttes, en abandonnant d'autres qui auraient peut-être été pertinentes. L'autre risque est le contournement de la règle avec cette fois une perte de maîtrise des niveaux hiérarchiques supérieurs et un risque accru pour les patients. L'exemple donné régulièrement dans cette pratique est l'achat local de médicaments. Cela résout le problème aigu d'une équipe sur le terrain qui a besoin d'une molécule spécifique et dont la réponse des référents tarde à venir ou ne valide pas la solution proposée.

« J'ai quand même une commande pharma que j'ai passée sans validation, pour que ça aille plus vite. Tu fais la balance entre urgence et bénéfices et risques et des fois tu préfères attendre, peut être ça peut se débloquer. » (AG)

5. LES MEILLEURS SOINS SONT-ILS UNE CUMULATION PAR SPÉCIALITÉ ?

Est-ce la somme des exigences qualité par spécialité qui donne une qualité globale ? Comment se coordonnent les différents référents entre eux et avec les autres départements ?

Dans les entretiens avec les référents médicaux, la coordination entre corps de métiers est peu présente. Elle n'est pas formalisée en tant que telle, mais certains groupes de référents travaillent en équipe sur des thématiques spécifiques : comme par exemple la Tuberculose, le VIH et le Laboratoire, ou comme la Chirurgie, l'Anesthésie, les Soins Intensifs et les Urgences. Mais cela reste spécifique à ces groupes, car lorsqu'un hôpital regroupe par exemple, chirurgie, pédiatrie et maternité, les entretiens ne font pas ressortir d'échanges spécifiques sur leurs exigences respectives.

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, les entretiens font aussi ressortir un effet de tuilage entre spécialités, avec des activités pouvant être couvertes par 2 référents médicaux différents. Un exemple parlant de cette verticalité et

de l'effet de tuilage a été donné par une personne du terrain, qui explique que le dossier médical du patient est devenu un recueil de feuillets spécifiques à chaque spécialité, sans lien entre eux, avec peu de moyens d'avoir une vision globale du patient. En résultent des dossiers pouvant aller jusqu'à 20 pages, répétant plusieurs fois les mêmes informations et devenant illisibles pour les équipes. Un autre exemple est celui de la difficulté à trouver l'information pertinente dans l'ensemble des ressources disponibles :

« Ce qui rend les choses difficiles, c'est qu'il y a trop de références. Pour un protocole palu, tu as le guide vert, le guide palu, le guide nut et les référents médicaux du siège, et à chaque fois tu as des informations différentes. Au final qu'est-ce que tu choisis ? »
(AD)

Cet effet de silo spécialisé est en opposition avec l'aspect pluridisciplinaire et transversal que beaucoup de personnes ont cité comme une caractéristique importante de la qualité des soins. Le découpage de la médecine par spécialités n'est pas spécifique à MSF, mais lié à l'évolution de la médecine occidentale ces dernières décennies.

La coordination avec les autres départements se fait quasi exclusivement avec le Département des Opérations, mais elle est très dépendante de la confiance entre les personnes. Les autres départements n'ont été que peu cités. Pourtant l'exception du laboratoire et du poste de « *flying*⁸ » est représentative d'une voie possible d'amélioration de la coordination. En effet le laboratoire, avec par exemple les spécificités liées au matériel biomédical, est obligé de travailler avec le Département Logistique. De même, le « *flying* », passant la majeure partie de son temps sur le terrain, doit se coordonner avec les autres corps de métier pour vérifier que les modifications faites sur le projet sont applicables par toute l'équipe de façon transversale. Il est chargé de mettre en place, mais aussi d'accompagner cette mise en œuvre sur une certaine durée, ce que les visites terrain permettent rarement.

Selon les personnes du Département des Opérations interviewées, l'approche qualité par spécialité entraîne la perte de vision globale et transversale des projets. Ce constat est aussi fait par deux référents médicaux :

« Il y a beaucoup de démarches, mais elles ne sont pas forcément très coordonnées et ça va un peu dans tous les sens. (...) Il faudrait aussi simplifier les outils, il y en a trop, qu'on retrouve partout, et sur le terrain c'est écrasant, ils ne savent plus où regarder. » (KH)

8. Le poste de flying correspond à un spécialiste technique allant sur les terrains pour aider les équipes à mettre en place des activités spécifiques à sa spécialité ou pour apporter un support technique.

Les personnes du terrain soulignent quant à elles le manque d'adéquation entre les recommandations formulées par les référents lors de leurs visites et la stratégie opérationnelle :

« A Rutshuru⁹ on était dans un positionnement complètement schizophrénique, avec d'un côté la vision opé d'une fermeture à 4 ou 5 ans, dont on discutait beaucoup avec le MoH, et de l'autre les référents médicaux avec une vision très verticale, qui voyaient Rutshuru plus comme un terrain d'expérimentation (...) Ils décidaient de mettre en place telle ou telle activité, comme les blocs de membres en anesthésie et des choses comme ça, qui sont plus des lignes d'ouverture du projet, en opposition complète avec la décision de fermeture. » (RM)

Ils déplorent aussi des recommandations qui sont faites sans avoir pris en compte les conséquences directes qu'elles entraînent sur le projet, que ce soit pour la logistique, les ressources humaines, ou comme dans l'exemple qui suit, pour la pharmacie.

« Ce qui m'a gêné, c'est les visites de référents médicaux qui font certes leur boulot, mais qui font les changements directement sur le terrain sans en avoir informé la coordo ou le desk. Ça implique des pertes de médicaments qui ne sont plus utilisés et l'augmentation de consommation d'autres médicaments qui n'a pas été anticipée. Le timing n'a pas été discuté. (...) Un autre exemple est de décider de mettre des gants pour tout, mais du coup tu n'as plus de gants pour les équipes quand elles doivent faire des gestes à risque. » (DC)

Enfin, certains ont fait remarquer que les objectifs des référents médicaux ne correspondent pas toujours avec les besoins pratiques du terrain.

« Par exemple les immunoglobines Anti D chez les femmes enceintes, on voudrait aller plus loin sur certains points, mais qui ne sont pas entrés dans les manières de faire chez MSF. Du coup il y a des blocages internes entre l'équipe terrain qui voit les besoins et les moyens disponibles localement comme en Turquie, et qui voit ce qui pourrait être fait, et le Département Médical qui n'est pas à l'écoute et qui n'est pas au fait de la situation sur le terrain.

Chaque référent est à fond sur des sujets spécifiques, mais qui ne sont pas forcément en lien avec le terrain. Mais ils [les référents] ont aussi assez de pouvoir pour bloquer l'avancée. Ça fait 2 mois qu'on essaie d'avancer sur cette histoire d'immunoglobines. » (AG)

9. Projet MSF à l'est de la République Démocratique du Congo

La spécialisation est donc un facteur de complexification des procédures, auquel s'ajoutent les exigences qualité des autres départements supports. On observe donc une accumulation des exigences qualité, sans qu'elles n'aient forcément de lien entre elles (il est cependant à noter que certains référents ont conscience de ces effets et essaient d'y remédier, en simplifiant au maximum outils et protocoles, afin de les rendre utiles et pérennes). Cette complexification est d'autant plus contradictoire que le discours ambiant est à la simplification des protocoles, comme des informations disponibles, afin de permettre à chacun de trouver rapidement celles qui lui sont nécessaires. Souvent au cours des entretiens, le terme de «basique» est revenu, avec l'idée que pour réaliser un travail de qualité, il suffit de choses simples, sans pour autant aller vers la facilité.

« On a de très bons hôpitaux, qui ont un niveau basique, mais avec une bonne qualité » (MO). « Même avec un minimum de ressources il est toujours possible d'avoir un bon niveau de qualité » (M).

Dans les réponses faites par les personnes travaillant au Département des Opérations sur les effets de cette spécialisation, deux points de vue se confrontent.

Un groupe de personnes défend l'idée qu'il vaut mieux prendre son temps et éviter de se précipiter à l'ouverture de projets moyen / long terme. L'objectif est de faire les choses convenablement, pour ne pas avoir à rattraper des erreurs de départ, ce qui nécessite à la fois beaucoup de temps et d'énergie.

Pour le second groupe, la spécialisation des exigences qualité est une entrave à la réactivité qui peut aller jusqu'à mettre à mal l'ouverture du projet ou retarder le démarrage de nouvelles activités, comme pour l'exemple des fixateurs internes à Aden.

« A Aden, nos exigences de qualité nous freinent pour la mise en place des fixateurs internes. J'ai peur que parce qu'on n'a pas de laboratoire de microbiologie, on ne va pas pouvoir lancer cette activité. J'ai cette impression, parce que le niveau d'exigence évolue au fil du temps: à Port Harcourt, on n'avait pas de laboratoire de microbiologie. Il faut faire attention à ce que le niveau de qualité ne soit pas bloquant (...) » (CS)

L'ensemble des personnes interviewées a conscience que la qualité a un coût élevé, mais ce coût est assumé. Un autre effet de la spécialisation mis en exergue est la contrainte RH. L'augmentation de l'exigence d'avoir des spécialistes dans les équipes expatriées pour pouvoir réaliser des activités spécifiques, comme la néonatalogie, est par exemple pointée du doigt. Cette exigence entraîne des délais

supplémentaires dus aux difficultés à trouver ces profils. Cela entraîne aussi des difficultés pour ces expatriés, dont la vision du projet est très verticale, à comprendre les compromis nécessaires liés au contexte, comme illustré ci-dessous.

« Par exemple, quand j'ai présenté à l'équipe le projet de soutenir d'autres maternités en dehors de notre projet, les 2 expats néonate se sont insurgés qu'on ne prévoient pas d'y faire de la néonate. Il a fallu leur faire comprendre que déjà dans ces structures on n'était pas à des niveaux suffisants pour ça et que leur apporter des tables d'accouchement et les basiques c'était déjà bien. Ce sont des spécialistes sans vision globale, qui n'ont souvent eu que le briefing par leur référent med et partent sur le terrain sans vision globale. » (RM)

6. LES MEILLEURS SOINS SONT-ILS SYNONYMES D'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE?

Pour terminer cette première partie, les entretiens ont fait ressortir une contradiction entre nos modes d'action et certaines des orientations médicales actuelles. Nous savons que notre tendance, chez MSF, est à l'action, à «l'interventionnisme». Les moyens sont disponibles, alors pourquoi ne pas agir ? Pourtant, comme certains le font remarquer, l'action n'est pas toujours synonyme de qualité.

En premier lieu, apporter des soins de qualité à un patient peut dans certains cas se limiter aux soins palliatifs. Etat d'esprit qui demande aux équipes de prendre de la distance avec la technicité et d'apporter des soins de confort. Cette orientation est de plus en plus plébiscitée au sein de l'association, mais elle se heurte à notre culture de l'action et aux réalités du terrain pour les équipes.

Dans l'exemple suivant, les équipes terrain ont des difficultés à se limiter aux critères d'admission et donc à faire des soins palliatifs pour les enfants qui ont un trop petit poids. Elles sont confrontées à la fois aux raisons de leur engagement, « sauver des vies » et à l'incompréhension des familles et des équipes soignantes locales. Cette position leur est donc particulièrement inconfortable. Pourtant apporter des soins palliatifs dans ces cas de figure est un gage de qualité.

« Aujourd'hui, c'est difficile de faire de la pédiatrie sans néonate, mais du coup ça complexifie tout. Quand la Directrice Adjointe en parle, ça paraît simple, mais sur le terrain, ça ne l'est pas du tout. Les critères ne sont pas aussi simples et clairs, alors qu'en théorie ils le sont. Il faut faire du palliatif pour les petits poids, mais ce n'est pas fait par les équipes. Ça ne marche pas en pratique. C'est 20 % des cas, dont on sauve 1 sur 2 et encore pour quel avenir ? Ça prend le chou des équipes et beaucoup de temps.

(...) Du point de vue des équipes les moyens sont là, alors pourquoi ne pas tout faire pour ces enfants, plutôt que du palliatif ? » (AM)

En deuxième lieu, l'interventionnisme se confronte parfois au principe de « ne pas nuire ». Dans l'exemple qui suit, le projet ne possédant pas de lits d'hospitalisation, toute la chirurgie est faite en ambulatoire, ce qui oblige à l'exclusion de certains patients.

« A Gaza, pour la chirurgie reconstructrice, techniquement nos chirurgiens peuvent faire du maxillo-facial, mais on n'a pas la possibilité d'hospitaliser nos patients après. Donc les cas qui peuvent saigner ne peuvent pas être traités en ambulatoire. Même cas de figure pour la grand-mère diabétique. Ne pas nuire ! Ici on ne peut pas assurer une surveillance correcte après la chirurgie, donc on refuse ce type de cas, même si les chirurgiens poussent pour. » (MB)

La volonté d'action des chirurgiens se heurte aux contraintes opérationnelles du projet.

Enfin, notre tendance à l'action et à l'amélioration continue soulève aussi la question de la durabilité des structures de soins après notre départ. Deux positions s'opposent entre, d'une part, ceux qui estiment qu'il faut faire au mieux pour les patients qu'on prend en charge sur le moment, et d'autre part ceux qui pensent qu'il faut augmenter le niveau de qualité progressivement en associant le MoH, afin que les progrès se maintiennent après le retrait de MSF.

« Quand on arrive et qu'on fait de la chirurgie, on le fait avec un bon niveau de qualité. Mettre en place un système « transmissible » avec de la qualité moyenne à l'ouverture, en se disant qu'on ne va pas rester longtemps, si c'est pour rester 5 ans, autant faire de la bonne qualité pendant cette période. On ne sait jamais combien de temps on va rester. Alors il ne faut pas trop se limiter juste parce qu'on prévoit la passation. C'est même pire de se limiter, parce qu'avec un bon niveau de qualité on va aussi donner de bonnes habitudes. » (TH)

« Il n'y a aucun gouvernement qui peut maintenir autant de monde avec des budgets limités, sans compter le matériel (équipements, médocs, Surfanios etc...). Je trouve ça génial que les populations pauvres aient accès à des soins de qualité, mais il faut garder en tête que ce n'est pas durable. » (JP)

Dans le même ordre d'idées, les discussions ont fait ressortir une critique de la croyance selon laquelle nous apportons toujours un niveau de qualité supérieur aux autres acteurs ou au MoH, comme dans l'exemple de soins de néonatalogie

aux Philippines, où nos moyens ne nous permettaient pas de prodiguer des soins de qualité. Ou même en France, où le desk doit faire face aux réticences des équipes à transférer des activités à d'autres acteurs.

« A Calais, l'équipe ne veut pas faire de passation de l'activité OPD à la PASS [Permanence d'accès aux soins de santé, dispositif géré par l'Etat], car ils disent que la PASS n'y arrivera pas. Ils ont des réticences sur la charge de travail supplémentaire pour les médecins. Alors qu'on sait que des patients vont consulter aux deux endroits. Le fait de ne pas avoir besoin de traducteur va diminuer le temps de consultation. (...) Il y a ce côté chez nous où on croit qu'on fera toujours mieux que tout le monde, même dans le contexte français... » (MB)

Ainsi la qualité des soins peut aussi impliquer de revoir nos modes d'actions et de référer des patients si on estime qu'ils seront mieux traités par d'autres. C'est le choix opérationnel qui a été fait en Syrie, où la gestion du projet en *remote* ne permettait pas d'assurer un niveau de qualité de prise en charge satisfaisant.

« A Atmeh, on a eu des discussions sur la pertinence de notre présence au vu de la qualité de ce qu'on faisait. On veut être présents en Syrie, mais la qualité qu'on a à offrir n'est pas très bonne. Donc on a décidé de se limiter aux patients les moins compliqués et de référer les patients grands brûlés ou compliqués vers la Turquie, pour éviter de faire courir un risque à ces patients. Depuis, on a augmenté fortement nos références et on évite la casse dans notre hôpital. On a aussi eu des discussions sur l'augmentation de notre capacité en nombre de lits, finalement on a préféré garder le même nombre de lits, mais augmenter la qualité en ayant plus d'espace entre les lits et en améliorant les espaces prévus pour la kiné et les psys. » (CS)

En conclusion la qualité est, comme certains l'ont formulé, l'équilibre entre « ce qu'on peut faire et ce qu'on doit faire ».

« C'est un équilibre entre la qualité et le bon sens, entre ce qu'on peut faire et ce qu'on doit faire. Ce n'est pas parce qu'on a les moyens qu'il faut le faire. » (NR)

7. DISCUSSION AVEC LA SALLE

Suna BALKAN - Référente Maladies Infectieuses

Pour nous spécialistes, nous avons besoin de voir l'ensemble du projet. On ne peut pas venir et dire : « voilà, on va faire cela » sans voir l'ensemble de la population, le contexte. Il faut évidemment adapter au contexte. Cela, au Département Médical, on le perd petit à petit, parce que l'on est de moins en moins impliqués,

et là je ne suis pas trop d'accord sur le fait que nous prenons des décisions. On perd cette vision globale, on est de moins en moins impliqués dans le projet au global comme on l'était avant, où l'on avait son dossier spécialiste, mais on était aussi généraliste pour les pays et du coup on pouvait intelligemment mettre en place une activité spécialiste dans un pays dont on connaît le contexte.

Michèle BECK

Au niveau des décisions, c'est ressorti ainsi des entretiens. Les processus de prises de décision ne sont pas clairs dans la tête des gens. L'implication que les référents ont aujourd'hui en termes de décision est la validation des protocoles, ainsi que des commandes pharmacie. Ce que certaines personnes m'ont fait ressortir dans les *desks*, c'est qu'eux n'avaient pas la décision finale et devaient justifier la mise en place de nombreuses choses. A ce moment-là, c'était vraiment soit un référent, soit plusieurs qui bloquaient.

Annette HEINZELMANN - Directrice Département Médical

Sur la décision finale, je vous invite à lire le document que l'on a fait autour du fonctionnement des opérations : la décision finale est toujours chez le *desk*. Le rôle du Département Médical est le support.

Pierre MENDIHARAT - Directeur Département des Opérations Adjoint

C'est vrai qu'il faut en permanence rappeler que ce sont effectivement les Opérations qui décident à la fin, y compris sur toutes les décisions de type médical. MSF c'est aussi un travail collectif. Nous n'avons pas des départements simplement en support technique, soutien technique pour ensuite se dégager de la décision. Dans la pratique, cela ne se passe pas ainsi, et je ne pense pas que nous voudrions que cela se passe comme cela. Nous voulons un support circonstancié et un travail d'équipe, ce que nous trouvons souvent.

Pourtant, il faut voir aussi que lors des visites du Département Médical, ou d'autres départements supports, avec des référents très expérimentés, leurs arguments mettent parfois beaucoup de pression sur les équipes. D'autant plus quand ils expriment des idées comme : « *Enfin, si tu ne fais pas cela, les patients vont mourir !* », « *Tu prends le risque de tuer le patient.* » Avec ce type d'arguments radicaux, les personnes ont forcément de l'influence et il faut la prendre en compte, même si « les Opérations ont la décision finale ». Il faut que tout le monde soit dans un même état d'esprit et ait une même compréhension de ce que peut être la règle, la norme, le protocole, et son application dans un contexte.

Carine TESSE - Coordinatrice Projet

J'ai pu voir sur le terrain, à Yida, que nous avons tendance à attendre le spécialiste

pour commencer une activité, ou être en dégradé avec une activité en volume réduit jusqu'à ce que le spécialiste arrive. On n'avait jamais fait de prise en charge des victimes de violences sexuelles (VVS), mais on avait quelques protocoles. Pourtant on a attendu avant de démarrer que quelqu'un vienne nous conseiller. C'est vrai aussi sur la sécurité, on veut attendre le spécialiste sécurité avant de lancer une activité. C'est de l'autocensure.

Suna BALKAN

Je trouve cela vraiment triste, comme à Yida, qu'ils n'osent pas commencer quelque chose parce que le spécialiste n'est pas arrivé. Je tombe des nues, je ne sais pas comment on a réussi à en arriver là ! Parce que oui, il faut laisser un peu carte blanche au terrain, ils ont de bonnes idées et il faut avoir du bon sens, être pragmatique et prendre des décisions. Je pense que l'on a peut-être fabriqué quelque chose qui nous retombe un peu dessus.

Pierre MENDIHARAT

J'ai une question par rapport aux entretiens que tu as faits. Cela retranscrit bien ce que l'on a l'habitude de discuter sur le terrain, mais il y a souvent un paradoxe dans le discours des gens qui sont aujourd'hui sur le terrain. A la fois ils regrettent et se plaignent qu'il y a trop d'outils et beaucoup de *reporting*. Pourtant, très souvent, pris dans un autre contexte, une formation par exemple, ils vont être extrêmement demandeurs d'outils et se plaindre qu'à MSF, on est un peu une bande d'amateurs, particulièrement OCP¹⁰ par rapport aux autres sections, et qu'il n'y a pas assez d'outils, de *guidelines*. Est-ce que tu n'as pas aussi entendu les deux et comment résout-on ce paradoxe ?

Alfatih OSMAN SULIMAN - Coordinateur Médical

Pensez-vous que l'on a un mécanisme pour vérifier la qualité à MSF, à part la supervision, les visites ? Je pense que non. Ces commentaires, ces visites, ces rapports conduisent à des réponses de type réaction, parce que l'on dit : « Oui, mais en raison du contexte, on ne peut pas faire autrement. » Je pense que, de temps en temps, des audits seraient nécessaires, ce qui nous permettrait de comparer les différents projets à différents endroits. Sinon nous serons dans ce dilemme permanent.

Cécile BRUCKER - Coordinatrice Projet

Pour le *reporting*, pour moi la difficulté est l'adéquation entre les attentes du terrain et les attentes du *desk*. Si par exemple on fait des *sitreps*¹¹ de 20 pages et que de l'autre côté le *desk* a l'impression de ne pas avoir assez d'informations,

10. Operational Center Paris

11. Situation Report

il n'y a pas de consensus : quels sont les attentes ou les besoins ? C'est peut-être là-dessus qu'il faudrait travailler.

Les recommandations d'un référent technique sont vues par le terrain comme devant être réalisées tout de suite même si l'on n'a pas le budget. C'est le terrain lui-même qui se met cette pression. On veut tellement bien faire que l'on ne se donne plus nous-mêmes de délais de flexibilité ou de priorisation pour ne pas tout faire en même temps.

Rony BRAUMAN

Ce que tu viens de dire, et ce que l'on a entendu avant, résonne avec ce qu'a dit Pierre concernant l'ambivalence sur le terrain, entre d'une part une revendication de liberté et d'autre part une attente de contrôle. C'est une ambivalence après tout qui est assez humaine, qui se retrouve dans beaucoup de domaines, mais je pense quoi qu'il en soit qu'il est important de l'explicitier et de la rendre visible, parce que cela permet aussi d'éviter un certain nombre de malentendus et peut-être d'assumer davantage une position de liberté quand on la revendique avec un certain nombre de capacités.

David OLSON - Directeur Médical Adjoint, basé à New York

Je voudrais proposer quelques piliers pour la définition de la qualité, qui ont été discutés au niveau international et des autres sections et sur lesquels on est plus ou moins tombés d'accord :

- la sécurité du patient, soit ne pas nuire
- l'efficacité des soins
- « *patient centeredness* » c'est-à-dire être centré sur le patient et embrasser le point de vue du patient...

Suna BALKAN

Je me retrouve assez bien dans la description que Michèle fait des retours du terrain, parce que quand je vais sur le terrain, ce sont les mêmes questions. Après, est-ce que l'accumulation des spécialités garantit le meilleur soin ? Je ne suis pas du tout convaincue. Depuis que l'on nous a saucissonnés dans des spécialités et que l'on accumule des spécialités sur un patient, on a perdu cette vision globale du patient, comme on la perd en Europe aussi. Je pense que l'on suit un système occidental où on saucissonne le patient avec des spécialités. C'est évidemment valable d'améliorer la qualité en anesthésie, des gestes techniques en chirurgie. Mais dans ce que l'on appelle la prise en charge ordinaire, cette perte de vision globale et un peu généraliste est plutôt délétère.

Deane MARCHBEIN - Coordinatrice Projet

A-t-on des normes minimales qui sont le seuil en deçà duquel on n'intervient pas ? Lorsque l'on parle d'outils, il s'agit aussi de comprendre dès le départ quelles sont les références, les termes de références à employer, sur la base de quels critères on va être évalué.

Michèle BECK

C'est justement là où il ressort de la part des référents qu'il y a des prérequis non négociables en termes de chirurgie, de salle de réveil, d'accès à la qualité des médicaments et concernant le laboratoire. La position des opérationnels et des gens du terrain est plutôt de dire : « Quand il y a une urgence, il n'y a pas vraiment de prérequis. On est là pour agir, et on ne va pas laisser mourir la personne sous prétexte que l'on n'a pas tous les prérequis. »

Rony BRAUMAN

J'aimerais que l'on entende, de la part aussi bien du siège que du terrain, comment cela se passe dans des situations qui ne sont pas aussi clairement qualifiables d'urgence extrême, de *life-saving*, mais plutôt dans l'ordinaire. Y a-t-il une sorte de paquet, prérequis, qui interdit de travailler, ou peut-on commencer progressivement ?

Cécile BRUCKER

Sur les standards et les minimums requis, je pense qu'il faut aussi que, si on travaille sur la qualité et sur des standards de qualité, on ait une marge claire de flexibilité. On pose des exigences, mais on ne discute pas de notre marge de flexibilité.

Si on prend justement le Moyen-Orient, on peut aussi parler des standards des patients. Par exemple dans un service de maternité : dans nos protocoles, le niveau de prise en charge de la douleur de la femme qui accouche n'est pas du tout adapté à la demande des femmes enceintes.

Il y a aussi, en dehors de l'urgence, des programmes à respecter en collaboration avec le ministère de la santé qui se sont déjà améliorés. Quand bien même on pense rester cinq ans, on doit travailler sur des stratégies de sortie. Seulement avec nos standards et nos moyens, c'est impossible de se dire que l'on pourra sortir en leur laissant les standards de qualité tels quels. Se dit-on que pendant cinq ans on travaille avec nos standards, et puis que cela va s'écrouler quand on va partir ? Est-ce que l'on prévoit des échelles de réduction de cette qualité pour qu'un minimum reste ? Toute cette réflexion n'est pas évidente et il n'y a pas de consensus.

Pierre MENDIHARAT

J'ai l'impression que, pratiquement pour tout, il y a un *guideline* à MSF. Si on prend la peine de chercher, généralement on le trouve assez vite. On a énormément de référentiels. Je dirais donc que oui, on a des prérequis et des référentiels et, encore une fois, il faut en permanence pouvoir les adapter. Je trouve qu'il y a un lien entre les différents départements et nous, Opés, dans la manière que l'on a de travailler ensemble pour savoir ce que veut dire adapter et avoir une compréhension commune de la qualité. On doit avoir tous la même compréhension pour pouvoir ensuite, en équipe, puisque l'on travaille en équipe, mettre en place cette qualité.

David OLSON

Une manière de considérer cette histoire de prérequis, de normes minimales est de se poser la question : est-ce que l'on va prendre le risque de nuire à quelqu'un ? Est-ce que l'on risque de faire du mal à quelqu'un ? Il y a eu un rapport aux Etats-Unis qui nous disait que l'erreur médicale est la troisième cause de mortalité dans les hôpitaux dans nos contrées.

Quand on parle de normes minimales, par exemple doit-on s'embarquer dans la néonatalogie sans spécialiste de la néonatalogie ? Peut-être que cela ne va pas nuire au patient, mais est-ce efficace ? Tu parlais des audits, nous devrions savoir si ce que l'on fait est efficace et si on nuit ou non à nos patients. On fait des études de mortalité, on l'a fait pendant des années avec la tuberculose, le VIH, et c'est quelque chose que l'on espère pouvoir continuer à faire et de manière tout à fait transparente à l'avenir dans nos programmes. Il ne s'agit pas de surdéterminer les choses, mais de vraiment mettre le doigt sur ces questions et de les creuser. Ce sont des points dont on discute aujourd'hui.

Un intervenant

J'ai des questions sur le fait que l'on se dirige de plus en plus vers la spécialisation et la médecine de haute qualité. Comment conjugue-t-on cela avec le fait que l'on travaille dans des conditions très difficiles et qu'à long terme, il y ait beaucoup de lacunes sur le terrain ? Au Pakistan par exemple, on a une unité néonatale de très bonne qualité, mais on a des problèmes de RH. On n'a pas recruté de néonatalogue ou il n'a pas pu rentrer dans le pays et le personnel local n'est pas aussi expérimenté, et a du mal à maintenir un haut niveau dans ce service. Je voulais souligner que l'on se donne des ambitions énormes en matière de qualité de soins de haut niveau, mais on n'a pas les ressources humaines dont on a besoin pour assurer ce niveau de qualité.

Maurice NEGRE - Médecin Terrain

Je voudrais juste rappeler que ce sont les ressources humaines qui comptent. C'est-à-dire le niveau d'incompétence qui est le nôtre quand on est sur un terrain. C'est à partir de là que l'on demande de l'aide et que l'on sort nos *guidelines* qui sont le minimum requis.

C'est le mérite de Jacques Pinel, qui a été le premier à nous avoir aidés, à nous apporter les moyens de travailler avec ces fameux *guidelines* en appui. Mais il était aussi le premier à dire : « Attention ! Ce *guideline*, c'est parce que tu ne sais pas, mais si tu sais, tu le transgresses, tu vas au-delà. Peu importe ce qu'est le standard MSF » Et franchement, je crois que ce sur quoi il faudrait appuyer, c'est plus sur le niveau de compétence minimum que l'on se doit d'avoir quand on va sur un terrain.

Si on a un niveau minimum et que l'on sait regarder un peu autour de soi... on n'est jamais au milieu de nulle part, il y a aussi des médecins, des soignants, des gens qui ont une pratique. Cette pratique, on peut la prendre en compte, elle peut être loin des « standards MSF ». Mais notre force est de pouvoir amener les moyens dont ils ne disposent pas. Pour cela on est très forts.

B. ETUDES DE CAS

Michèle Beck

Pour continuer la réflexion sur l'état des pratiques actuelles de MSF vis-à-vis de la qualité médicale, nous allons explorer deux situations de controverses liées aux exigences en termes de qualité. L'objectif est d'essayer de répondre aux problématiques suivantes :

- Jusqu'où souhaitons-nous aller en termes de qualité et quelles sont nos limites ?
- Qui prend la décision et comment (qu'est ce qui détermine la décision) ?
- Comment s'assurer d'un certain niveau de qualité ?
- Quelle est la marge de manœuvre des équipes projet ?

1. KOUTIALA : L'ÉVOLUTION D'UN PROJET AMBITIEUX

Koutiala est actuellement un des projets majeurs en termes d'activités dans le portfolio OCP. Il a pour objectif de démontrer qu'avec une bonne prise en charge en périphérie et un bon système de référence, on peut réduire le nombre d'enfants hospitalisés et donc leur assurer une prise en charge de qualité en hospi-

talisation. C'est un terrain de recherche important pour tout ce qui touche à la nutrition, la microbiologie, la néonatalogie, les brûlés, etc...

Christopher MAMBULA - Responsable Médical de la Cellule 3

Le projet de Koutiala a ouvert en 2009, dans la région de Sikasso, dans le Sud-Est du Mali. La ville comprend environ 130 000 habitants et le projet dessert une population totale de 575 000 personnes sur 42 aires de santé. Au moment de l'ouverture du projet, le taux de mortalité des moins de 5 ans était au-dessus des seuils d'urgence et le système de santé était défaillant, surtout par manque de RH dans les structures.

L'objectif au moment de l'ouverture était de réduire ce taux de mortalité dû à des pathologies plutôt banales, en travaillant particulièrement en périphérie. L'intention était de réduire le nombre de cas simples qui se compliquaient et nécessitaient une hospitalisation. La population cible, ce sont les enfants de moins de 5 ans. Le projet comprend deux volets : un volet préventif basé sur les activités externes et un volet curatif, qui se positionne au niveau de l'hôpital. Ce dernier a pris beaucoup d'ampleur depuis l'ouverture.

Le volet préventif englobe ce que nous appelons le *package pédiatrique*, dans 5 Centres de Santé soutenus par MSF. Ce package inclut des activités de prévention de la malnutrition : surveillance de la croissance des enfants pour un dépistage des malnutris aigus sévères et distribution de suppléments alimentaires. Il englobe également tout le volet préventif du paludisme, grâce à la chimio prophylaxie saisonnière, aux distributions de moustiquaires et aux agents paludisme, qui dépistent et traitent dans les villages les enfants malades. Enfin, le package comprend des consultations médicales de suivi annuel et le Plan Elargi de Vaccination.

Le volet curatif est centré sur l'activité hospitalière à l'hôpital du Ministère de la Santé dans la ville de Koutiala. Ce volet englobe le système de référence, les prises en charge médicales des enfants, mais aussi un centre nutritionnel thérapeutique et une unité de néonatalogie. Dans le service d'hospitalisation médicale sont également pris en charge des enfants grands brûlés, malgré l'absence de capacité chirurgicale. En cas de besoin de greffe de peau ou d'autres techniques de lambeaux, les enfants sont référés vers le centre de santé américain. Une autre spécificité de ce projet est le laboratoire de microbiologie lancé en 2014, unique chez MSF.

Entre 2010 et 2015, le projet a réalisé entre 50 000 et 80 000 consultations externes par année. Toujours pour la même période, entre 8 000 et 11 000 admis-

sions ont été faites à l'hôpital. Il faut noter que chaque année 30 000 à 35 000 patients sont traités pour le paludisme, soit en ambulatoire, soit en étant hospitalisés. Ces chiffres ne montrent pas la saisonnalité des pics d'activités. La caractéristique de l'hôpital de Koutiala est de passer de 80 lits en période dite creuse, à environ 320 lits en période de pic paludisme, ce qui nous amène aux difficultés rencontrées par ce projet.

La première problématique que rencontre l'hôpital est son dimensionnement. En effet, le contexte impacte grandement la capacité d'hospitalisation qui quadruple en période de pic. Il faut alors prendre en compte l'organisation spatiale, et donc les besoins en construction : va-t-on mettre les $\frac{3}{4}$ des lits sous tentes pendant quelques mois chaque année, ou prévoit-on des services « en dur » qui seront vides une partie de l'année ? Aussi en terme d'équipes, il faut estimer le nombre de personnes dont on va avoir besoin au moment des pics, pour pouvoir les embaucher et les former avant la période critique. Mais les contrats de ces personnes sont ensuite arrêtés et il est difficile de les retrouver l'année suivante. Tout cela sans compter les besoins en logistique, les exigences biomédicales et toute la *watsan*. Le projet passe d'un extrême à l'autre chaque année.

Nous venons de le voir, les Ressources Humaines font partie des difficultés liées au dimensionnement. Il est difficile après le pic de réduire le nombre de personnes travaillant dans le projet. Mais il faut aussi prendre en compte que Koutiala est un projet où beaucoup de référents veulent tester de nouvelles techniques ou de nouvelles approches, ce qui implique à chaque fois des ressources dédiées. Un autre aspect RH qui pose question aujourd'hui est l'hyperspécialisation des équipes nationales sur place. Malgré leur formation généraliste les médecins maliens MSF sont devenus extrêmement spécialisés sur le paludisme, les infections respiratoires et les diarrhées. L'aspect positif est qu'en période d'affluence, ils savent très vite diagnostiquer et traiter ce type de pathologies. Le revers de la médaille est qu'avec un tel nombre de patients, les maladies habituellement rares sur d'autres projets, sont, en proportion, plus importantes dans ce contexte. Ces cas compliqués, qui représentent entre 5 et 10 % des admissions, demandent des soins encore plus spécialisés, comme les soins intensifs, que les médecins MSF maliens ne savent pas prodiguer. Nous avons donc aujourd'hui un projet avec 12 à 15 médecins à temps plein pour toutes les raisons que nous venons de voir, sachant que le même projet il y a quelques années aurait nécessité 2 médecins.

La présence de pathologies complexes explique aussi les discussions que nous pouvons avoir sur le niveau de technicité qu'on souhaiterait aux soins intensifs.

Même si les enfants de moins de 5 ans de Koutiala ne sont pas radicalement différents des enfants d'autres régions sub-sahariennes où nous travaillons, leur nombre élevé va mettre la pression pour augmenter le niveau des soins intensifs. Dans un autre projet avec 300 admissions par mois, l'équipe voit peut-être un seul cas compliqué, cela ne va pas demander d'investir plus de ressources. Mais à Koutiala, avec environ 300 décès par an, la question de savoir ce qui aurait pu être fait pour empêcher plus d'enfants de mourir se pose forcément. Pourtant il n'est pas certain qu'en ajoutant plus de staff et plus de technicité, plus d'enfants seraient sauvés, surtout quand ils arrivent dans des états très sévères. Quelles limites se fixe-t-on ? Faut-il plus de spécialistes ? Doit-on mettre en place la SIPAP comme à Irbid ?

Bien sûr, on a vu globalement une amélioration de la prise en charge sur nos projets, grâce à de nouvelles techniques, comme par exemple quand on est passé du Lovibond® à l'Hémocue® pour mesurer de façon plus fiable le taux d'hémoglobine dans le sang. Mais à chaque étape, on complexifie la gestion de l'ensemble du projet. Ainsi le biomed est un bon exemple. Sous prétexte d'améliorer la fiabilité et la qualité de prise en charge, on a aujourd'hui des procédures très complexes d'entretien et de maintenance de toutes les machines, qui demandent à avoir un technicien en biologie médicale présent en permanence. Quelle est la valeur ajoutée exacte de cette complexification ? Ce matériel supplémentaire augmente aussi les risques de mauvaise utilisation, avec par exemple des résultats qui peuvent être erronés pour l'Hémocue®, s'il est mal utilisé.

Le changement incessant des protocoles médicaux est une autre difficulté à Koutiala. Certains expatriés modifient ces protocoles. Et les visites régulières des différents référents médicaux augmentent encore la confusion, quand ils apportent les nouveautés de leurs disciplines respectives. Les nouveaux protocoles sont donc affichés sans que les anciens ne soient supprimés et en oubliant que les médecins nationaux ont aussi une certaine réticence aux changements. A ces problèmes internes de manque de coordination entre les acteurs s'ajoutent les divergences qui peuvent exister avec les protocoles nationaux et ceux de l'Unicef ou de l'OMS. Comment assurer un certain niveau de qualité dans ces conditions ?

La problématique de l'adéquation entre nos ambitions et nos moyens est intéressante aussi sur ce projet, particulièrement au niveau du package préventif. Effectivement, l'objectif était d'avoir un package pédiatrique qui soit transposable à tout le district, voire au-delà. Mais les modalités de mise en place et de suivi sont trop lourdes pour nous permettre une duplication facile. Comment déployer cette stratégie de manière plus légère sans dégrader la qualité ? Comment espacer

les consultations médicales et le suivi du poids après des distributions de compléments alimentaires, sans diminuer la qualité de prise en charge ?

Enfin, une dernière difficulté de ce projet à prendre en compte est le contexte. Nous observons une augmentation de l'insécurité au Mali avec des groupes armés comme AQMI ou Boko Haram. A Tombouctou, ceux-ci nous obligent à avoir une équipe expatriée réduite et profilée pour limiter le risque de kidnappings. Il est très probable que Koutiala se retrouve dans le même type de situation d'ici quelque temps. Cela impliquera de changer les profils des expatriés, de réduire leur nombre, voir même d'évacuer l'ensemble des expatriés du Mali. Comment pourrions-nous encore gérer ce type d'activités, à cette échelle, avec les ressources humaines appropriées ? Quels compromis pourront être faits entre le niveau des différentes spécialités : entre prise en charge nutritionnelle, pédiatrique ou la microbiologie par exemple ? Pourra-t-on toujours assurer ce périmètre d'activités spécialisées sans avoir les expatriés spécialistes sur place ? Avons-nous anticipé cette éventualité ?

DISCUSSION AVEC LA SALLE

Rony BRAUMAN

Une question sur la chimio prophylaxie saisonnière (CPS) : l'idée était de réduire les admissions en pédiatrie, de réduire les complications du paludisme. Cette idée a-t-elle été concrétisée ?

Christopher MAMBULA

Lors de la première année, nous avons observé une chute importante du nombre de cas de paludisme. Mais les années suivantes, nous avons surtout vu une augmentation. Beaucoup de discussions ont lieu actuellement pour comprendre les causes de cette augmentation, mais ces enfants sont traités surtout en ambulatoire. Je pense qu'on voit moins de cas compliqués.

Isabelle DEFOURNY - Directrice du Département des Opérations

J'étais *desk* à l'époque de l'ouverture de ce projet. A mon avis, dans ce projet, une des difficultés de gestion est la juxtaposition d'activités médicales qui ne semblent pas avoir de liens entre elles. Il est difficile de trouver le sens et la finalité du projet, comme s'ils avaient été perdus en cours de route.

Pour la CPS, il n'a jamais été question de se dire que nous avons trouvé la méthode parfaite, mais de travailler sur la baisse du nombre de cas de paludisme. La CPS était un premier outil pouvant être amélioré et qui devait être passé à

l'échelle du district. On ne peut pas répondre à la question de savoir si elle fonctionne ou pas, car on est restés à l'échelle d'un village.

A l'ouverture, on souhaitait faire des activités très simples : la vaccination, les ACT, le complément alimentaire, la prophylaxie. L'idée était d'avoir cela au niveau du district, sans tout faire nous-même, sans tout vouloir contrôler, mais en faisant confiance aux autres acteurs.

Aujourd'hui on a quelque chose de beaucoup trop lourd, avec trop de contrôle. Est-ce que c'est une question de qualité, de normes ou de standards, je ne saurais pas répondre. Mais cela nous empêche de passer à l'échelle supérieure.

Et le projet s'est orienté plus vers l'hôpital et des activités spécialisées qui se sont accumulées. A-t-on raison de faire de la néonatalogie dans ce contexte ? Qu'est-ce qui nous conduit à faire des soins intensifs plus élevés ?

Elisabeth SZUMILIN - Référente VIH

J'ai l'impression qu'on a voulu faire de Koutiala un projet de recherche, en y mettant énormément de moyens et en particulier uniquement du personnel MSF, qu'il est plus facile de motiver. Mais qu'en est-il des autres hôpitaux où on travaille avec des équipes du MoH, où c'est beaucoup plus compliqué ? Que va nous apporter l'expérience de Koutiala dans ce type d'organisations ?

Kerstin HANSON - Référente Nutrition

Effectivement le problème est comment trouver l'équilibre entre la qualité et les moyens. Koutiala est un endroit propice pour apprendre. Par exemple, c'est l'occasion de mieux comprendre comment traiter la septicémie ou le choc, mais d'une façon appliquée et applicable pour d'autres projets dont les ressources sont limitées. Les activités externes s'apparentent à une usine à gaz. Et une partie de la difficulté est maintenant de savoir comment les simplifier pour qu'elles soient transmissibles un jour au MoH.

Rony BRAUMAN

Il me paraît tout à fait décent et acceptable que Koutiala ait une dimension expérimentale. C'est ainsi que l'on progresse. Mais cette dimension suppose qu'il y ait des conditions d'analyse et des critères d'évaluation qui soient clairs, et posés dès le départ.

Dans cette situation, il me semble qu'il y a une contradiction entre le fait de faire une espèce de prototype plus lourd que ce que l'on aurait voulu, et une expérimentation, qui va nous permettre de tirer des leçons applicables pour

d'autres domaines. La remarque était faite par Elisabeth à l'instant sur l'énormité des moyens mis par MSF par contraste avec le déficit de moyens tout autour. Cela devrait nous interpeller.

Cécile BRUCKER - Coordinatrice Projet

Je voudrais revenir sur la spécialisation et particulièrement la néonatalogie, qui nous pose beaucoup de questions. A Koutiala entre autres, on a très peu de visibilité sur le devenir de ces enfants, sur leur croissance et le poids qu'ils pourraient représenter pour les familles. Les familles dans ces pays ont-elles le support suffisant, ont-elles le souhait de se retrouver avec des enfants avec des déficiences mentales ou physiques ?

Isabelle MOUNIAMAN - Directrice Département des Opérations Adjointe

C'est vrai que l'activité néonatalogie a longtemps été une pression de la part des équipes. Les enfants naissaient en maternité ou à domicile et arrivaient dans les soins intensifs ou dans la salle de réanimation. Nous avons été débordés par ces enfants. Alors il a été décidé de commencer doucement avec des critères restreints en termes de poids. Au fur et à mesure que nous avons acquis de l'expérience et avec la formation et l'expertise des équipes nationales, nous sommes aujourd'hui à une néonatalogie de 14 lits. Il n'est pas prévu de mettre en place la SIPAP comme à Irbid. Même si les moyens sont là, la question est : pourquoi est-ce que cela devrait être fait ?

Kerstin HANSON

Je ne suis pas complètement convaincue que nous leur améliorons la vie. Par ailleurs, la même question se pose pour les enfants sortant des soins intensifs pédiatriques avec par exemple des neuro-paludismes ou des méningites très sévères. Nous entendons souvent la critique des séquelles pour la néonatalogie, mais peu pour les soins intensifs pédiatriques.

Une intervenante

Il faut faire attention que la qualité ne soit pas une course à l'outillage, aux outils de pointe. Il faut aussi penser aux patients et aux équipes. Je ne sais pas si c'est patient centered, mais il semble important de garder l'humain au centre de nos soins.

Isabelle MOUNIAMAN

Toujours en ce qui concerne la spécialisation, je voudrais faire un parallèle entre Koutiala et Haïti sur les brûlés. A Drouillard, nous avons un projet de grands brûlés avec la chirurgie, où 40 % des patients sont des enfants. En termes de qualité de soins et de résultats, je trouve que ce que nous faisons à Koutiala,

avec les 10 lits de brûlés, est extraordinaire, malgré le fait de devoir référer pour les actes chirurgicaux. Quand on compare les deux projets, on constate qu'avec moins de moyens au Mali, on arrive à des résultats tout aussi bons qu'à Haïti.

Fabrice WEISSMAN

Ce qui illustre le débat dans la forme qu'il a prise, c'est la question posée en première partie : à quelle échelle évalue-t-on la qualité d'un projet ?

Ce qui ressort des intentions initiales est qu'on parlait de la qualité du projet dans son ambition populationnelle au sens où l'ambition numéro 1 était de s'attaquer à une poche de surmortalité infanto-juvénile. L'évolution du projet et ce dont nous avons beaucoup parlé durant le débat, correspond à la qualité à l'échelle du patient. C'est-à-dire que le débat s'est déplacé de la qualité du projet à celle des soins que l'on peut fournir, avec la question de savoir jusqu'où on va aller, combien de spécialités, combien d'appareils ? Ce sont deux conceptions de la qualité qui s'affrontent ici et qui ont été arbitrées dans un sens qui fait débat.

2. KABOUL : LA MISE EN PRATIQUE DE LA NÉONATOLOGIE

Renée MADROLLE - Coordinatrice Projet de Dasht-e-Barchi à Kaboul pendant 6 mois

Après une rupture pour raison de sécurité en 2004, MSF reprend ses interventions en Afghanistan en 2009. Trois sections sont présentes : les Hollandais, les Belges et les Français. L'originalité du mode opératoire en Afghanistan est que ces trois sections travaillent sous le *lead* de MSF Belgique. Cette approche entraîne beaucoup de discussions sur les standards des différentes sections. Les standards ne sont pas les mêmes au départ et imposent des ajustements au niveau médical, RH, logistique, etc...

OCP ouvre en décembre 2014 un projet de santé materno-infantile à Dasht-e-Barchi. Dans ce quartier au sud-ouest de Kaboul, vit principalement une communauté Hazara, minorité ethnique et religieuse du pays, qui a connu une évolution démographique particulièrement rapide sur les dernières années. De 2001 à nos jours, la population est passée d'environ 200 000 habitants à 1,2 million, sans que les infrastructures ne suivent.

Au moment de l'ouverture, le projet a été dimensionné pour environ 600 accouchements par mois, avec une maternité de 30 lits, un service de néonatalogie de 20 lits et un bloc opératoire. Mais très rapidement nous avons été débordés

et aujourd'hui 1 400 accouchements sont réalisés chaque mois¹². Selon moi, le projet a évolué en deux phases : une première phase d'ouverture où il fallait mettre en place les standards, outils et protocoles, qu'ils soient RH, médicaux, logs, etc. La seconde phase correspond à l'évolution de l'activité et au maintien de ces standards, avec un questionnement important sur les standards souhaitables et réalistes dans un contexte avec un tel niveau d'activité.

Pour la néonatalogie par exemple, les questions étaient : comment définir le périmètre d'intervention ? Quelle est la limite de notre action ? La principale difficulté rencontrée était que nous étions débordés, avec un taux d'occupation des lits de 160 % en janvier 2016. Malgré l'ajout de quelques berceaux, nous étions limités en termes de capacité d'hospitalisation. Cela nous a amenés à faire des choix qui n'étaient pas basés sur nos capacités techniques, mais sur ces problèmes d'espace.

Nos critères d'admission sont les bébés nés dans la structure à plus de 1,5 kg et 34 semaines d'aménorrhée, les enfants hors critères devant être référés vers les autres hôpitaux de Kaboul. Ces références étaient difficiles, d'abord parce que les familles y étaient souvent opposées, mais aussi, parce que les hôpitaux de la ville étaient souvent eux-mêmes débordés. Enfin et surtout, nos équipes avaient acquis des compétences au fil du temps, qui auraient pu, par exemple, leur permettre de prendre en charge des nouveaux nés de 1,2 kg.

Les références ont diminué début 2016, car la pédiatre expatriée a travaillé sur la mise en place de soins palliatifs en néonatalogie. Ainsi les enfants dont le pronostic vital était mauvais étaient gardés dans notre structure. La conséquence a été l'augmentation du taux de mortalité, mais pour des enfants et leur famille mieux accompagnés.

Pourtant, passer un patient en soins de confort n'était pas évident pour les équipes médicales. Certains, peut-être par manque de recul ou de capacité de projection sur le devenir de ces enfants, avaient le sentiment qu'ils auraient pu faire quelque chose. Après six mois de formation, deux pédiatres nationaux, sur les cinq de l'équipe, avaient vraiment la maturité clinique et la confiance pour mener ces discussions sur les soins palliatifs avec les familles.

Un autre exemple sur la qualité médicale en néonatalogie est celui du *Kangaroo Mother Care* (KMC)¹³. On assimile souvent la qualité à des pratiques complexes, très techniques et très spécialisées, pourtant l'approche simple du *Kangaroo*

12. Voir le graphique de la présentation en annexe

13. La méthode Kangourou consiste à porter un enfant sur le ventre en contact peau contre peau.

Mother Care dément cette idée. Cinq lits y sont dédiés à Kaboul et les résultats sont concluants. Toutefois il a fallu faire face aux réticences des équipes, qui ne considéraient pas ces soins comme médicaux et n'en voyaient pas la valeur ajoutée. Elles croyaient davantage aux incubateurs et aux soins plus techniques. Les clés du succès de cette méthode ont été les mamans qui y ont cru et en sont devenues les ambassadrices.

Un dernier exemple lié à la néonatalogie est celui de la différence d'attention donnée aux nouveaux nés en fonction des services. Lors d'une visite, une référente pédiatre a remarqué qu'en salle d'accouchement, peu de soins étaient donnés aux bébés en *post-partum* classique. Il en découlait les hypothermies et hypoglycémies qui amenaient les enfants à être hospitalisés en néonatalogie. Ainsi, en favorisant l'allaitement tout de suite après l'accouchement et en couvrant les bébés, nous pouvions améliorer la qualité de prise en charge des enfants, en leur évitant une hospitalisation inutile.

La qualité médicale ne peut pas être traitée uniquement de façon verticale. Elle implique les autres départements. Dans ce dernier exemple, c'est la répartition des ressources humaines qui pose problème. En effet, le bloc opératoire et la néonatalogie étaient pourvus d'expatriés compétents pour suivre la qualité des soins. La maternité par contre a été victime de nombreux gaps, en gynécologues notamment, sans que les autres expatriés ne s'y rendent davantage. Cette répartition des expatriés par spécialité a eu un impact important sur la qualité de notre projet et nous amenés à avoir un hôpital à deux vitesses, avec un cloisonnement vertical difficile à dépasser. J'ai l'impression que plus on est pointu, plus on perd l'approche globale, la transversalité.

Pour finir, voici un dernier exemple, en anesthésie cette fois, pour illustrer la question : où place-t-on nos exigences et nos standards ? En Afghanistan, il n'existe pas de formation pour les infirmiers ou les médecins en anesthésie. C'est une spécialité encore peu reconnue, pratiquée uniquement par des techniciens anesthésistes. La section belge de MSF travaille avec ces techniciens anesthésistes qu'elle forme, ainsi qu'avec des expatriés. OCP, pour sa part, a toujours eu un positionnement très clair dans ses standards, vis-à-vis des techniciens en anesthésie : ils sont considérés comme n'ayant pas le niveau requis pour travailler en autonomie. N'ayant naturellement pas trouvé de médecin ou d'infirmier anesthésiste en Afghanistan au moment de l'ouverture du projet, il a fallu prévoir systématiquement un infirmier anesthésiste au minimum, dans les roulements des expatriés.

En pratique, cela nous a posé un certain nombre de problèmes. D'abord le

rythme de travail pour les expatriés anesthésistes était très soutenu. L'activité étant très importante, les expatriés étaient appelés plusieurs fois par nuit, mais ils devaient aussi être présents le lendemain, pour la visite médicale et les formations. Il leur était difficile de contribuer en plus aux orientations globales du projet. Une autre problématique était le gap, dont nous n'étions pas à l'abri, au vu du temps d'obtention des visas et du contexte d'insécurité à Kaboul.

Pour répondre à ces problèmes, certains anesthésistes terrain ont proposé d'autonomiser les techniciens sur certaines procédures choisies, ou d'être présents uniquement en début d'intervention et de les laisser faire pour la suite. Mais ces propositions n'ont pas été validées par le département médical. En cas de gap de deux ou trois jours, nous doublions les roulements des techniciens et nous ajoutons un médecin généraliste. Cette solution particulièrement précaire ne pouvait se prévoir sur la durée, car nous n'avions qu'un médecin généraliste.

La proposition des référents médicaux a été de référer vers les structures MoH les patientes qui avaient besoin d'une intervention chirurgicale. Or les anesthésies dans les hôpitaux MoH sont réalisées par des techniciens, ce qui nous interroge sur les limites de notre qualité. S'arrête-t-elle aux portes de nos structures ? Comment expliquez-vous cela à la communauté, quand jusqu'à présent les césariennes se faisaient dans notre structure, mais que pendant un mois, les femmes vont être référées ailleurs parce que nous avons un gap ?

Dès l'ouverture du projet, les équipes terrain ont été très angoissées par cette énorme responsabilité de gestion de gaps, sans qu'une solution acceptable ait été trouvée. Aujourd'hui, des initiatives de formation sont en cours. Mais cet exemple est resté pour moi une situation paradoxale où, quand bien même nous avons tous énormément de respect pour nos exigences qualité, il a été difficile de les mettre en pratique convenablement.

Ce genre de situations invite à s'interroger sur nos mécanismes d'échanges d'informations, d'alertes, de réactivité, de passivité du terrain. Finalement, personne n'a la solution toute faite à ce type de problèmes, mais il nous appartient à tous d'y réfléchir ensemble, collectivement, honnêtement et de faire face aux contraintes réelles du terrain.

Disposons-nous aujourd'hui de ces plateformes entre le siège et les terrains, entre le Département des Opérations et le Département Médical ? Sommes-nous satisfaits du processus de prise de décisions que sont les mises à plat ? Est-ce que ces plateformes nous permettent vraiment de définir des priorités communes avec des niveaux d'ambition souhaitée ?

Merci beaucoup.

Marco OLLA - Pédiatre flying

En ce qui concerne les critères d'admission, nous avons choisi des critères où les enfants ont une chance de survie. C'est pour cette raison que nous préconisons de prendre les enfants de plus de 34 semaines d'aménorrhée ou de plus de 1,250 kg, car en l'état de notre plateau technique actuel, nous savons que nous pouvons leur fournir des soins de qualité.

Il y aura toujours des enfants très petits ou nés très tôt qui ont besoin de soins avancés. Aujourd'hui, nous ne sommes pas en mesure de pouvoir leur fournir les soins requis. Mais cela ne nous empêche pas de nous poser la question de « quel niveau de soins pouvons-nous arriver à fournir à ce type d'enfants ? » En général, nous référons vers d'autres structures, ce qui est possible en Jordanie par exemple, où le système de santé le permet. Mais ailleurs, c'est plus compliqué.

Un autre défi de la néonatalogie est d'avoir un standard pour les différents niveaux des projets. C'est une discipline encore récente, pour laquelle nous n'avons pas, pour le moment, de modèle de soins flexible à proposer selon les contextes. Mais il faut garder à l'esprit qu'il est possible de faire de la néonatalogie sans avoir de spécialiste sur place, avec les interventions essentielles.

DISCUSSION AVEC LA SALLE

Maya FEHLING - Référente qualité OCG et OCA

OCB¹⁴ a dû résoudre des problèmes similaires à ceux évoqués ici. Ils ont commencé par comparer les alternatives et les risques : la présence permanente d'un anesthésiste expatrié permet d'assurer une anesthésie de qualité, mais dans certains cas, il faut évacuer les expatriés. Or seul un expatrié peut aujourd'hui assurer une anesthésie de qualité en Afghanistan.

Ils ont alors recruté deux jeunes médecins afghans. Conjointement, deux anesthésistes expatriés se sont engagés à rester sur des durées de mission plus longues pour mettre en place un programme de formation théorique et pratique intensive.

Fabrice WEISSMAN

Si j'ai bien compris, OCB a recourt malgré tout à des techniciens anesthésistes

14. Operational Center Brussel

pour réaliser des interventions. Si c'est le cas, est-ce que notre norme de qualité ne produit pas plus de dégâts qu'autre chose ? J'entends par là, est-ce qu'avoir des techniciens formés dans nos équipes n'est pas meilleur en termes de mortalité, que de référer vers des structures du MoH, quand il n'y a pas d'anesthésiste diplômé sur la mission ?

Brigitte VASSET - Directrice Médicale Adjointe

Dans le nord, la section belge de MSF a formé un médecin. Ce n'est pas la même chose d'opérer une femme avec un technicien anesthésiste, dont la formation doit être de deux années. Nous avons suggéré d'envoyer un médecin afghan se former au Pakistan ou ailleurs, mais c'est compliqué, avec un diplôme afghan, d'être accepté en Inde et au Pakistan.

Précédemment, nous parlions de situations dégradées. En Somalie, nous avons des protocoles dégradés en cas d'urgence, sans autre solution. Mais ici, nous sommes dans un projet long terme. Et pour les anesthésistes, endormir une femme enceinte est ce qu'il y a de plus complexe. Ils sont face à quelqu'un qui va bien, qui n'est pas un blessé avec des impacts de balles sur tout le corps. C'est une femme qui va bien, mais soudain cela peut être la catastrophe. Et des catastrophes ont été évitées à Dasht-e-Barchi grâce aux médecins anesthésistes présents.

Je ne pense pas qu'il faille accepter des situations dégradées en Afghanistan. Nous devons essayer de faire avancer l'histoire, en prenant le temps qu'il faudra.

Rony BRAUMAN

Il me semble qu'il y a un lien entre la qualité présente et la qualité future dont nous parlons, et les stratégies de sortie. Effectivement, nous sommes dans un projet à long terme, où nous savons que nous allons rester quelques années, mais nous sommes dans un pays qui a ses normes, ses usages.

La question que cela soulève sur le plan pratique est de savoir s'il est pensable de prendre les techniciens anesthésistes tels qu'ils existent là et d'améliorer leur niveau en cherchant à savoir quels sont leurs résultats. Sait-on ce que sont les résultats des techniciens d'anesthésie dans les structures afghanes ? Est-ce absolument désastreux ? Est-ce que ce sont des compétences qu'il est possible d'élever de manière à avoir, nous aussi, un œil sur la sortie ?

Comme il a été rappelé tout à l'heure, l'évaluation de la qualité dépend aussi de l'échelle géographique et de l'échelle temporelle sous laquelle nous examinons les questions. Ainsi, si nous regardons à la fois les autres structures médicales et ce

qui va se passer après notre départ, nous avons l'impression qu'il faudrait essayer de se rapprocher des normes sanitaires et des exigences locales. S'en rapprocher ne veut pas dire se mettre au niveau, mais rechercher leur amélioration.

Nous pouvons tenter de faire évoluer une norme existante, mais lui substituer une nouvelle norme, par exemple un nouvel examen de médecins anesthésistes, cela est tout à fait hors de notre portée.

A-t-on une idée de ce que valent ces techniciens anesthésistes sur le terrain, quels sont leurs résultats, et s'il y a possibilité de les améliorer ?

Jade PENA - Médecin « deské »

Selon les résultats des évaluations faites par différents expatriés, le niveau est très faible. La majorité a des difficultés de calculs, et la physiologie et l'anatomie de base ne sont pas acquises. Nous leurs avons apporté certains automatismes, mais dès que la situation diffère, ils sont perdus.

Un grand nombre d'études dans les pays développés ont montré que la mortalité associée à la chirurgie et à l'anesthésie diminue de façon significative lorsqu'une personne formée se consacre totalement à l'anesthésie. On n'a aucune raison d'imaginer que, dans les pays en développement, les résultats seront meilleurs en s'appuyant sur des techniciens qui n'ont pas les connaissances. Il faut donc améliorer nos normes et les adapter, et faire en sorte qu'elles soient applicables dans ces contextes particulièrement difficiles.

Nous envisageons différentes options. Une piste intéressante est un institut de formation en soins infirmiers, qui dispense des formations de quatre années, où nous pourrions ajouter une formation spécifique à l'anesthésie. Il existe aussi une formation spécifique aux soins intensifs que peuvent suivre les médecins et dont une partie du programme comprend de l'anesthésie. Quoi qu'il en soit, nous ne voulons pas conserver la situation en l'état mais avancer sur ce front, et cela va prendre du temps.

Ania ZOLKIEWSKA - Coordinatrice Projet actuelle de Dasht-e-Barchi

Il faut se rappeler qu'il y a très peu d'anesthésistes diplômés, formés, travaillant actuellement en Afghanistan. Donc toute personne à qui nous allons offrir une formation supplémentaire va être approchée par les structures de santé privée, et va se voir offrir un salaire mirobolant.

Il faut aussi prendre en compte l'aspect culturel de ce pays. La plupart du personnel est féminin, il ne s'agit donc pas de convaincre uniquement la personne,

mais il va falloir convaincre, aussi et surtout, le mari, la belle-mère et toute la communauté.

Tout cela n'est pas aussi simple, il existe beaucoup de pression de la part de l'entourage de ces femmes et le marché du travail, en Afghanistan, est tel, que ce problème ne peut pas être résolu en quelques années. Et pendant ce temps-là ?

Annette HEINZELMANN - Directrice Médicale

Nous avons un standard, largement établi par l'*evidence-based medicine*, qui est qu'il vaut mieux être endormi par un médecin anesthésiste que par un technicien. Personne ne remet cela en question. En revanche, que se passe-t-il dans ces petites périodes où il y a un gap dans le projet, où l'alternative est soit de le faire chez nous avec un technicien, soit de l'envoyer dans une autre structure ? Est-ce que nous demandons son avis au patient, sur ce qu'il préfère ?

Et une autre question, toujours en lien avec le patient, mais sur les dimensions éthiques extrêmement délicates soulevées par les critères d'admission en néonatalogie et les soins palliatifs : associe-t-on également les mères aux discussions ? Est-ce envisageable dans le contexte afghan ?

Ania ZOLKIEWSKA

Selon moi, il n'y a pas de problème éthique quand il n'y a pas d'alternative : nous faisons du mieux que nous pouvons. J'ai un problème éthique quand un projet de mission à long terme n'a pas été suffisamment préparé pour faire les choses correctement dès le départ.

En tant qu'institution, MSF est dans l'obligation de regarder non seulement les choix qui sont face à nous, mais aussi d'anticiper et d'avoir une vision à dix ou quinze ans. Cela arrive sur certains terrains qu'on soit obligés de faire avec des techniciens, mais il ne faut pas l'ériger en norme absolue. Cela ne doit pas être le standard. En situation d'extrême urgence, vous prenez la personne que vous avez sous la main qui peut faire le travail.

Quand on parle de qualité médicale, de normes et de standards médicaux, il faut bien savoir quelle est notre ambition, ce que l'on cible, et que fait-on quand on n'a pas les moyens ou quand il y a une pénurie temporaire ?

Renée MADROLLE

Je ne saurais pas dire jusqu'à quel degré le patient est associé aux décisions médicales. Mais un effort conséquent a été mené pour faire du *counselling* médical. Par exemple, avant, seules les mères avaient accès à la néonatalogie. Et nous

avons eu des enfants qui sont restés des mois dans le service sans que les pères aient pu les voir.

Isabelle DEFOURNY

Je voudrais revenir sur l'exemple de la méthode kangourou. Comment avons-nous décidé de choisir cette méthode ? C'est une méthode qui demande beaucoup d'efforts d'éducation du patient et de *counselling*. Mais c'est aussi une méthode qui demande énormément d'efforts de la part de la mère, qui doit avoir l'enfant contre elle 18 heures par jour, sans pouvoir s'occuper de ses autres enfants.

C'est de fait une approche extrêmement promue par l'Unicef et l'USAID, tout comme l'a été l'allaitement maternel exclusif. Ce sont des approches peu coûteuses, qui demandent énormément d'efforts des mères. Nous parlons aujourd'hui de qualité et de choix techniques, mais je ne trouve pas que cette méthode soit la plus adaptée au contexte d'une capitale comme Kaboul. Pourquoi les couveuses n'ont-elles pas été un choix technique alternatif ?

Marco OLLA

Nous avons choisi cette méthode car elle fait partie des directives devant être suivies en néonatalogie. Nous savons qu'elle est difficile, surtout dans certains contextes, mais l'enfant peut aussi être contre d'autres membres de la famille, comme la grand-mère ou une tante.

Les couveuses posent d'autres problèmes en termes de compétences des équipes, mais aussi en termes d'hygiène. Aujourd'hui, nous avons des couveuses uniquement dans certains pays comme la Jordanie.

Ania ZOLKIEWSKA

C'est très difficile en Afghanistan de demander à une mère de rester à l'hôpital avec son bébé, même pour deux semaines. Ces femmes sont menacées de divorce si elles restent à l'hôpital, car il faut s'occuper des autres enfants et des tâches ménagères.

C'est le type d'obstacles à surmonter dans ces situations. Au-delà des aspects simplement techniques, RH ou de disponibilité de moyens, il faut aussi prendre en compte tous ces facteurs culturels.

II. L'état des pratiques et des savoirs sur la démarche qualité dans d'autres domaines d'activité

A. PRENDRE SOIN DE LA QUALITÉ : POUR UNE ARTICULATION ENTRE LE RÉGLÉ ET LE GÉRÉ

Par le biais de ses recherches, Adélaïde NASCIMENTO s'est intéressée au domaine de la sécurité des patients, dont la qualité fait partie.

Adélaïde NASCIMENTO - Maître de conférences en ergonomie au CNAM
La présentation, dont le Power Point est en annexe, est intitulée *Prendre soin de la qualité*. « Prendre soin » dans le sens où la qualité se soigne, se discute et se débat. Il y a différents critères de qualité en fonction des personnes, différents entre le haut de la hiérarchie et ceux qui sont sur le terrain, et différents selon les contextes et les pays.

1. COMMENT ARTICULER LA QUALITÉ RÉGLÉE ET LA QUALITÉ GÉRÉE

Mon intervention aujourd'hui va être justement de discuter de cette articulation, entre ce qu'on appelle « la qualité réglée », ou tout ce qui vient du prescrit, des règles, des normalisations, et la qualité que l'on appelle « gérée », qui est plutôt dans l'action, aujourd'hui, maintenant, avec tel patient, dans tel pays, etc.

Cette articulation est à l'agenda de la recherche en sécurité du patient, mais pas uniquement. Elle concerne aussi la fiabilité humaine et organisationnelle, comme on l'appelle dans notre jargon. Au-delà de l'humain, elle touche à tout ce qui concerne les situations de travail, que ce soit dans l'industrie ou dans les services, car c'est la confrontation entre deux mondes.

Ce sont deux mondes différents qui pourraient être appelés le monde du froid

et le monde du chaud. Le monde du froid est celui où on va essayer de compiler des connaissances générales par des retours d'expérience. Ces connaissances partent des phénomènes généraux, qui servent à gérer le quotidien, à encadrer les pratiques, ainsi à éviter des dérives qui iraient dans un sens non souhaitable. Toute cette partie que l'on va appeler « qualité réglée » est fondamentale et importante. Je pense qu'au regard des discussions de tout à l'heure, personne ne la contestera.

Puis on peut se poser les questions suivantes : dans la pratique, quels usages sont faits de la qualité réglée ? Est-ce opérant pour les usagers dans des terrains particuliers ? Et quelle articulation peut-on avoir avec un autre type de qualité que l'on va plutôt appeler qualité en action ou qualité gérée ?

Justement, cette qualité va appartenir au monde chaud. Elle est celle qui est arbitrée, fondée sur le savoir-faire des personnes. C'est elle qui englobe les compétences des personnes en action, qui ont des savoir-faire, une expérience, une histoire de vie, et qui vont agir en prenant en compte ces aspects.

C'est une réflexion qui est déjà avancée dans des organisations telles que les hôpitaux, qu'on se place au niveau de l'unité de soins, d'un hôpital ou d'une clinique. Elle devient plus complexe quand on prend les réalités de vos terrains d'intervention dans différents pays, avec différentes spécialités, etc.

Aujourd'hui la recherche de qualité passe par les standards de qualité, et envahit tous les domaines de la société : des politiques publiques et des entreprises, surtout dans les contextes industriels de production de masse, mais pas seulement. C'est d'ailleurs dans ces derniers que les standards sont apparus après la Seconde Guerre Mondiale.

La démarche qualité comprend une phase de préparation, puis de réalisation, ainsi que des contrôles en vue d'améliorer cette qualité. Ce sont les cercles de qualité. Cela a débuté dans l'industrie, mais ne se limite plus à l'industrie. Partout où il y a des situations à risques, la logique de démarche qualité a été implémentée, et la médecine n'a pas été épargnée par ces objectifs. Elle est arrivée dans les hôpitaux via les accréditations et les certifications.

Ces démarches visent la définition de normes de métiers, qu'elles soient internationales ou locales. Elles ont pour objectif de produire un prescrit des manières de faire admissibles par les personnes qui sont en train de les construire et de les concevoir. Toutes les manières de faire ont leur logique propre.

Des problèmes se créent quand il y a des interactions entre les unes et les autres. Par exemple, si une recommandation de l'OMS va à l'encontre des normes sociales, c'est à dire la déontologie que je pense devoir suivre en tant que professionnel et en tant que sujet, cela peut être source de problèmes. On constate souvent ce type d'interférences dans les différentes situations liées au travail.

Le rêve de tout organisateur, de tout prescripteur, est que le travailleur suive les consignes prescrites. C'est-à-dire que le prescripteur a intérêt à ce que les personnes suivent toutes les règles, *guidelines* et prescriptions qu'il a conçus. Or c'est une position un peu naïve, car elle se base sur l'idée de stabilité à la fois des contextes, mais aussi des modèles d'actions pour lesquels ces prescriptions ont été conçues. On fait abstraction de l'évolution possible du contexte, de la variabilité des personnes et, par conséquent, du fait que ces prescriptions ne sont pas applicables partout et en permanence. Les personnes changent, car elles peuvent être fatiguées ou désabusées, elles peuvent avoir des problèmes personnels qui vont influencer la façon dont elles réalisent leur travail.

Ce qui nous amène à l'ergonomie et à un postulat fort de ce domaine, qui est l'existence d'un écart irréductible entre le travail prescrit et le travail réel. C'est-à-dire un écart entre ce que prescrivent les niveaux supérieurs, les règles prescrites bien établies, et le travail réel.

En effet, le prescrit, tout ce qui vient des normes, des règles, des protocoles, ne couvre pas toutes les situations de la réalité. Il ne tient pas compte de tous les aléas et certaines choses vont arriver pour lesquelles le prescrit n'a pas été prévu et n'explique pas comment s'y prendre. Il faut donc construire des solutions locales pour y répondre.

Le prescrit peut même se présenter comme contre-productif, voire plus dangereux que s'il n'est pas appliqué. C'est dans ces situations que l'on compte sur l'intelligence des gens pour savoir adapter la règle aux contextes locaux. Un exemple est la grève du zèle. Autrement dit, si chacun essaye d'appliquer les règles de façon stricte, cela entrainera une paralysie du système. Cela a été démontré dans différents domaines.

Le prescrit peut être en conflit avec les valeurs du sujet. Ce dernier n'est pas un simple exécutant de tâches, il réalise une activité. En ergonomie, nous différencions la tâche qui est demandée -soit le prescrit- de l'activité, qui est ce que les personnes réalisent dans leur contexte de travail en y associant leur savoir-faire.

Les sujets effectuent donc tout un ensemble de choix à partir du prescrit pour décider de l'activité qu'il faut réellement réaliser. Ils choisissent entre ce qui est essentiel et ce qui l'est moins. Ils priorisent les critères à prendre en compte, qui impliquent à la fois le patient, mais aussi la préservation de soi, de ses valeurs, et la préservation de son éthique métier personnelle.

Il faut savoir que derrière chaque soin, derrière la qualité des soins, il y a des humains. Il y a des hommes et des femmes au travail, qui réalisent ces soins. Il ne faut pas l'occulter. Ce sont des aspects qui sont liés aux compétences des personnes, mais aussi à leur subjectivité.

Pour les ergonomes, l'activité comprend à la fois le travail réel, correspondant à ce que les gens font réellement, qui n'est pas forcément ce qu'on leur a dit de faire, et le réel du travail. Ce dernier inclut ce qu'ils ont fait et tout ce qu'ils n'ont pas pu faire. Les activités de travail de tous les jours regroupent donc une multitude d'empêchements, qu'ils soient d'ordre organisationnel ou consécutifs à des choix. Je ne peux pas tout faire, donc je vais faire des compromis, je laisse certaines choses de côté. Il est important de noter que laisser des choses de côté peut parfois se faire au détriment d'autres choses très importantes. Il faut en tenir en compte.

Maintenant, quels liens fait-on entre ces notions d'activités et la qualité proprement dite ? Comment ces notions affectent-elles la notion de *qualité* ? Toujours en ergonomie, nous croyons que les hommes et les femmes cherchent la qualité. Cela a été démontré par des recherches dans le domaine des sciences humaines. Quand ils réalisent un travail, ils essaient de faire un travail de qualité dans leur façon de faire. Ils ont donc leurs propres critères, que ce soit dans le mode opératoire ou dans le résultat qu'ils cherchent à atteindre. C'est ce que nous avons pu voir dans les différentes conceptions de la qualité exposées dans les entretiens. Tout ce qui est pris en compte n'est pas conscient dans la qualité, mais chacun possède ses propres critères.

2. CONFLIT DE CRITÈRES DE QUALITÉ : QUALITÉ RÉGLÉE VERSUS QUALITÉ GÉRÉE

Les études faites dans différents domaines sur le travail démontrent que les souffrances au travail viennent souvent des conflits de ces critères de qualité. Ce qui est demandé va à l'encontre de ce que la personne estime qu'il faudrait faire.

Dans le mémoire de Michèle, il y a cet exemple qui illustre cette souffrance liée à ce conflit. Dans le cadre d'une intervention pour Ebola, l'interviewé dit :

« Je me suis énervé quand j'ai assisté à une discussion sur le suivi d'une femme diabétique où les médecins discutaient le fait qu'il était interdit de lui faire des dextros et son insuline. C'était elle qui le ferait ou personne. Il était hors de question de faire des piqûres avec un risque d'AES¹⁵, ce qui était absurde, car à Donka on a toujours perfusé. Je n'ai jamais eu l'impression que l'on ait eu une restriction de perfuser. C'est le coordinateur projet qui a donné l'injonction de ne faire ni dextro ni insuline. Cela a beaucoup contrarié les deux médecins expatriés qui ont décidé de passer outre. »

Nous sommes donc bien dans des questions de différences de critères de qualité. Les uns prennent en compte la sécurité des médecins et les autres, les médecins eux-mêmes, prennent en compte le *care* du patient. C'est-à-dire qu'ils prennent en compte le patient dans sa globalité. Il est important pour eux de réaliser ces soins et ils estiment qu'il n'y a pas tant de risques, car ils les ont déjà réalisés ailleurs. Entrent donc aussi en jeu des questions de compétences, qui confortent les médecins dans leur position.

Dans ces situations de conflits entre prescrit et valeurs personnelles ou de métier, deux issues sont possibles : soit la personne va agir en accord avec le prescrit et va se trouver en souffrance éthique. Cette dernière expression est très forte, mais elle implique que la personne va s'empêcher de réaliser une action, car l'idéologie de la maison ou de la hiérarchie ne va pas lui permettre de passer outre. Soit elle va transgresser le prescrit, ce qui implique d'encourir certains risques. Ces risques sont à la fois pour soi : est-ce que l'on va me reprocher d'avoir fait cela ? Vais-je perdre ma place, ma fonction ? Mais ce sont aussi des risques pour les autres. Tout à l'heure, l'exemple extrême a été donné : « Tu vas tuer le patient si tu fais cela. » Dans cette situation, la décision va forcément être plus difficile à prendre.

On comprend donc que le choix sera dépendant de la dynamique et de l'ensemble organisationnel dans lequel la personne se trouve. En fonction de cela, elle pourra ou non transgresser les règles, les adapter, ou avoir la flexibilité de débattre de ce qui peut être transgressé et de ce qui ne peut surtout pas l'être. Les questions organisationnelles et de qualité sont donc indissociables. Cela ne peut pas fonctionner par silos isolés, car elles ont des effets sur la pratique des gens.

Le *care* a donc ici sa place, il est étudié en sciences humaines comme un ensemble d'activités matérielles, techniques et relationnelles consistant à apporter une

15. Accident d'Exposition au Sang

réponse concrète aux besoins des autres. Je pense que c'est un peu le cœur de ce que vous faites à MSF.

Il y a donc une multitude de standards de qualité. Le reproche que nous pourrions faire aux définitions de ces standards est justement de ne pas tenir compte de la place de l'humain dans son rapport au travail. La qualité, que ce soit via les normes AFNOR ou les normes ISO, correspond à la satisfaction des clients et des patients. La définition de l'OMS de la qualité des soins est de garantir à chaque patient les meilleurs actes thérapeutiques avec un moindre coût, pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains. Ce qui me semble lié à l'histoire du *care*, sans uniquement se focaliser sur le *cure*.

Du point de vue de l'ergonomie, ce qui manque dans ces définitions est la place de la qualité du travail selon celui qui le réalise. En d'autres termes, ce qui a valeur de travail bien fait au regard des travailleurs, mais aussi des clients et des patients. C'est ce qui peut être défendu par celui qui le réalise et dont la réalisation contribue à l'élaboration du sens. Les personnes réalisent ou tentent de réaliser un travail de qualité, qui ne va pas forcément à l'encontre des normes préétablies. Ce que je souhaite vous faire réaliser est que l'acte de soin peut être considéré comme un processus collectif et finalisé vers le patient.

De plus en plus, on a des recherches qui encouragent à prendre en compte la participation des patients dans la qualité des soins. Les processus de qualité des soins peuvent être approchés tant du point de vue des résultats obtenus et des ressources mobilisées, que du point de vue de la dynamique des acteurs engagés dans l'action.

De mon point de vue, c'est une question qu'il faut se poser et que vous vous posez déjà grâce à ce type de journées : à MSF qu'est-ce qui représente pour les uns et les autres un travail de qualité ?

3. L'EXEMPLE DE LA RADIOTHÉRAPIE : FAIRE FACE AUX ALÉAS ET GÉRER LES CONFLITS DE NORMES

Pour illustrer les points que nous venons de voir, je vais utiliser l'exemple de la radiothérapie, que j'ai étudié dans ma thèse. On se place donc dans le contexte d'un hôpital de pointe français.

Dans cet exemple, les personnes font face aux aléas et gèrent les conflits de normes, avec un collectif dit « transverse ». Il existe plusieurs professionnels qui

entrent en jeu dans la radiothérapie : du médecin radiothérapeute, qui va prescrire la dose de rayons, en passant par les différents professionnels impliqués dans la préparation du traitement et, pour finir, les manipulatrices de radiothérapie, qui administrent la dose et sont en contact avec les patients. En moyenne, un patient reçoit une quinzaine de séances pour son traitement.

Je me suis intéressée à ce contexte suite à une demande après l'accident d'Epinal, aussi connu sous le nom de « *l'affaire des sur-irradiés* ». Nous voulions avoir une meilleure compréhension de ce qui se jouait lors de ces thérapies. Est-ce que les personnes travaillant en radiothérapie sont inconséquentes, est-ce qu'elles manquent de professionnalisme ? Est-ce qu'elles ont une culture de la sécurité ?

Dans le cadre de ma recherche, je m'étais intéressée aux points de vue des différents professionnels, mais aujourd'hui je vais rester sur l'exemple des manipulatrices radio, qui sont en bout de chaîne. Il a fallu commencer par comprendre ce qu'elles entendaient par le terme de *qualité*. Deux objectifs majeurs sont ressortis de leur vision de la qualité.

D'une part, il faut assurer la délivrance journalière des soins en évitant les annulations de séances. Ceci afin d'assurer l'efficacité des traitements, qui se déroulaient dans le cadre de prises en charge de cancers. Elles souhaitaient éviter toute annulation, car chaque séance est importante.

D'autre part, il leur importe de respecter le *care* des patients. Le patient s'étant déplacé pour un rendez-vous précis, elles ne pouvaient pas lui dire : « Votre séance ne va pas être réalisée aujourd'hui ». Le patient n'aurait pas été satisfait.

Elles prennent donc en compte le point de vue du patient, tout en s'assurant que le traitement ne va pas le blesser. Le traitement doit répondre aux critères de sécurité, c'est-à-dire donner le bon traitement, au bon endroit, au bon moment. Normalement, ces objectifs ne devraient pas entrer en contradiction.

Dans un monde parfait, répondant au prescrit, elles devraient pouvoir répondre à ces deux objectifs à la fois. Mais la réalité étant pleine d'aléas, nous allons voir qu'elles ne peuvent pas toujours atteindre les deux objectifs et qu'elles vont devoir faire des choix et des compromis.

Au cours des observations réalisées dans deux hôpitaux de la région parisienne, les aléas sont apparus aux postes de traitement, suite à des facteurs extérieurs à ce poste, ou suite à des erreurs des manipulatrices elles-mêmes.

Une des premières constructions a été de réaliser que, malgré le fait que les accidents ont lieu en bout de chaîne, ils pouvaient aussi être consécutifs à des défaillances organisationnelles tout au long de la chaîne de traitement. Ainsi le raisonnement simpliste de se limiter aux manipulatrices, car ce sont elles qui appuient sur le bouton et vont entraîner les radiations, ne tient pas. Par contre, étant en bout de chaîne, elles vont se trouver régulièrement dans des situations de gestion de conflits entre les deux objectifs qu'elles se sont données comme étant de qualité.

A) DES CONFLITS DE BUTS QUI CONDUISENT À DES ARBITRAGES

L'exemple que j'ai le plus observé était la confrontation entre la réglementation et la pratique. En effet, la réglementation dit qu'un traitement radiothérapeutique doit être réalisé avec les signatures, dans le dossier, d'un médecin radiothérapeute et d'un physicien médical qui a évalué la dose. Cette obligation est aussi appuyée par les bonnes pratiques professionnelles.

Pourtant, le dossier arrive souvent au poste de traitement sans avoir été validé ni par le médecin, ni par le physicien. Le patient est donc venu à son rendez-vous et attend. Les manipulatrices ont le choix entre deux options : réaliser la séance pour le *care* du patient et l'efficacité du traitement anticancéreux, qui doit être réalisé tous les jours ; ou annuler la séance, car elles n'ont pas la certitude d'avoir le bon traitement, ce qui pourrait faire encourir un risque au patient. Présenté ainsi, cela pourrait paraître binaire comme réflexions, pourtant c'est ainsi qu'elles vivent ces conflits et qu'elles vont les résoudre en fonction de leurs critères de qualité et de leur expérience.

Dans les faits, elles vont essayer d'avoir la signature des médecins. Mais dans les cas où elles ne pourront pas corriger la situation, elles vont devoir prendre une décision, même médicale, qui pourra leur être reprochée car cette décision n'est pas de leur ressort.

Ces arbitrages vont être situés dans le temps, c'est-à-dire que chaque manipulatrice va prendre sa décision compte tenu de son expérience et de ses connaissances. Connaissances qui sont liées aux patients : la phase de traitement dans laquelle il est, son comportement sur la table d'irradiation, si c'est une première séance. Mais aussi connaissances qui sont liées aux habitudes des médecins et des physiciens : par exemple le médecin X fait habituellement confiance au physicien Y : si le physicien a apposé sa signature, mais pas le médecin, il peut traiter.

Elles se donnent un ensemble de métarègles pour déterminer les compromis d'arbitrage vis-à-vis du risque. Ces règles ne sont pas les mêmes d'un hôpital à l'autre, car la tâche attendue peut être différente de l'un à l'autre. La tâche attendue est le comportement attendu des manipulatrices en cas d'aléas, même si cela n'est pas écrit. Cela peut être de réaliser la séance malgré tout, et pour un autre établissement, cela peut être exactement l'inverse. Il peut donc y avoir une diversité de pratiques.

Il se dit aussi souvent que ces arbitrages sont acceptés tant qu'il n'y a pas d'accident. Cela fonctionne ainsi, mais s'il y a un accident, il y aura inspection. Celle-ci mettra en avant que la manipulatrice a pris la décision de réaliser le traitement sans signature du médecin. Pourtant personne ne va questionner le fait que les médecins ne signent pas les dossiers.

Suite à ces constats, nous nous sommes interrogés sur la régulation. Si tout n'est pas acceptable, quels sont les espaces de régulation permettant de décider de cette flexibilité ? Qu'est-ce qui est acceptable, qu'est-ce qui ne l'est pas ? Qu'est-ce qui entre dans les pratiques que l'on souhaite rendre pérennes, et lesquelles ne doivent pas le devenir ?

Toujours dans le cadre de mes recherches, j'ai soumis des situations d'aléas et d'arbitrages à quatorze professionnels, des médecins, des physiciens, des dosimétristes et des manipulatrices, en leur demandant leur avis sur les compromis réalisés.

La première chose qui est apparue est que toutes les situations ne sont pas inacceptables. Il existe une certaine flexibilité qui permettra l'acceptance de certains arbitrages, même si la règle n'a pas été suivie.

Le second constat est qu'en fonction de la position de l'acteur dans l'organisation, l'acceptance ne sera pas la même. Ainsi une manipulatrice qui a un contact direct et quotidien avec les patients acceptera moins certaines pratiques que les médecins, qui vont accepter plus facilement les dérives.

Il y a donc à la fois une diversité de pratiques et une diversité d'évaluation des pratiques. Par conséquent, il y a besoin de débattre des critères de qualité et des conflits entre ces critères. Cela doit d'autant plus se faire de façon pluridisciplinaire, que ces critères sont différents selon les corps de métier. L'objectif est alors de délimiter ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas.

B) LES ESPACES DE DÉBATS SUR LE TRAVAIL

Comment nous y prenons-nous pour mettre en place ces espaces de débats ? Dans le cadre de la radiothérapie, nous avons réuni les différents corps de métier et sommes partis des cas concrets.

Une première règle de la discussion est qu'elle doit être outillée, pour être centrée sur le travail et sa réalité. Elle ne doit pas être abstraite, mais être située avec un récit, des photos, une vidéo ou une situation. Par exemple, nous n'acceptons pas de « normalement cela devrait se faire comme cela ». Nous voulons partir de la réalité du vécu des personnes, savoir comment ils s'y sont pris pour agir sur tel aspect. Cela doit être dirigé vers l'action, sinon la démarche restera à l'état de discussion sans effets concrets.

Une autre règle importante est que la démarche doit être participative. La parole doit être donnée aux différentes personnes et aux différents niveaux hiérarchiques. Cela nécessite des échanges basés sur la bienveillance, sans jugement, qui doivent permettre à chacun de s'exprimer. Il faut éviter que ce soit systématiquement les personnes ayant du pouvoir dans l'organisation qui prennent la parole. L'ambiance doit être favorable, pour que les personnes puissent aussi parler des erreurs, des échecs et des situations où elles auraient aimé agir différemment. Parler de ces situations va permettre d'évaluer si les actions mises en place sont en accord avec l'organisation et les pairs.

Il est donc nécessaire de préciser les règles de ces débats, afin que ces derniers revêtent une dimension opérationnelle. Ils doivent être fréquents et inscrits dans le long terme. Par dimension opérationnelle, on entend : arriver, non à un consensus, mais à une position majoritaire qui va être tournée vers l'action. Ce sera le rôle de l'animateur d'être à la fois garant du principe de discussion dans le groupe, mais aussi de pouvoir décider si la proposition est applicable ou non.

Pour illustrer ce que nous venons de voir, nous allons prendre l'exemple des réunions de concertation pluridisciplinaire en médecine. Ces réunions se font lorsque la médecine basée sur les preuves ne s'applique pas à certains cas et qu'il faut construire un protocole médical. Chaque médecin, en fonction de sa spécialité, va apporter ses idées pour le protocole. La réunion va permettre la mise en commun des pratiques individuelles, afin d'élargir le champ des possibles par la pratique collective.

Dans ce champ des possibles, tout n'est pas forcément acceptable. La discussion va donc permettre d'écarter certaines pratiques qu'il n'est pas souhaitable de voir se pérenniser dans le collectif ou dans l'organisation. A contrario, un espace

de pratiques considérées comme acceptables va se dessiner. Ainsi les positions vont être débattues, discutées par un collectif jugé comme pertinent. Celui-ci aura le pouvoir de décision et permettra la flexibilité de pratiques dans un espace délimité comme « acceptable ». Cela laisse donc la place à des pratiques individuelles qui permettent de garder son « style » personnel dans la réalisation des actions, tout en ayant l'aval du collectif de pairs et de l'organisation.

4. ESPACES DE DÉBATS SUR LE TRAVAIL ET LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

Pour finir cette présentation, je souhaiterais revenir sur la responsabilité des décisions : qui prend la décision ? Sur quel sujet porte cette décision ? Qui en est responsable ?

En ergonomie et dans les disciplines de la gestion, nous proposons le principe de subsidiarité pour répondre à ces questionnements. Ce principe définit les distributions de pouvoirs dans une communauté. Il provient des politiques publiques, et l'idée est de rechercher le niveau le plus pertinent pour l'action. C'est-à-dire que l'on ne va pas encombrer les échelons supérieurs de tâches qui peuvent être résolues par les personnes travaillant à la base de l'organisation.

Cela suppose que les participants disposent d'un pouvoir d'agir pour régler les situations débattues et que si les ressources locales sont insuffisantes, les espaces de discussions permettent de communiquer à d'autres espaces de décision. Un groupe de discussion décide de ce qui peut être réglé à son niveau et de ce qui ne peut pas l'être.

Il y a trois principes à respecter dans la subsidiarité :

- le principe de compétences, qui interdit à un échelon supérieur d'accomplir toute tâche réalisable par un échelon inférieur ;
- le principe de secours : à l'inverse, l'échelon supérieur a le devoir d'accomplir les tâches que l'échelon inférieur ne peut pas réaliser ;
- le principe de suppléance qui interdit enfin à l'échelon supérieur de se décharger des tâches qui lui reviennent.

C'est en soi assez théorique, mais je pense que c'est ouvert à la réflexion. Dans les politiques publiques cela fonctionne, et nous commençons à le voir apparaître dans certaines entreprises. L'objectif est de dégager le management, à différents niveaux, des tâches et prises de décisions considérées comme chronophages, qui pourraient être facilement de la responsabilité des personnes plus proches de l'action de terrain.

Pour finir, voici l'exemple de l'intervention d'un collègue sur la gestion des risques, dans une grande organisation du domaine de l'électricité. Il a commencé son travail en mettant en place des espaces de débats sur le travail pour briser ce qu'il appelle le « silence organisationnel ». Cette situation de silence est fréquente dans les organisations à haut risque, où les travailleurs vont avoir tendance à cacher les erreurs, pour éviter qu'elles ne remontent à de très hauts niveaux. Ces pratiques empêchent les retours d'expérience, d'où l'intérêt de briser ces silences organisationnels. C'est au contraire en parlant de la vie réelle qu'on se rend compte des contraintes et qu'on va essayer de trouver des solutions en accord avec cette réalité et non calquées sur un monde idéal.

Il a débuté les groupes de discussion avec les agents d'électricité pour débattre, avec un manager de proximité, des situations à risques qu'ils ont vécues sur le terrain. Il a aussi déployé cette démarche à différents niveaux de l'organisation.

Les agents ont eux-mêmes amené des situations problématiques dans ces espaces de discussions grâce aux photos qu'ils ont prises sur le terrain. De manière concrète, ils en ont discuté entre eux et avec les managers afin d'essayer de résoudre ces problèmes à leur niveau. S'ils n'y parvenaient pas, le problème était alors remonté au niveau supérieur des managers de proximité avec les managers supérieurs.

5. DISCUSSION AVEC LA SALLE

Laurent SURY - Responsable du Desk des Urgences

Quand le prescrit est en opposition avec la réalité, la personne a deux choix : soit elle obéit et est mal à l'aise, soit elle s'oppose et fait en fonction de ce qu'elle pense être juste, mais court un risque. Vous disiez que ce choix était dépendant de l'entourage, de l'association et de la structure. N'existe-t-il que ces facteurs, ou les convictions de la personne entrent-elles aussi en jeu ? Je pense aux convictions que la décision est de bonne foi et donc justifiable ou que la personne aura des renforts, qu'elle pourra rallier d'autres personnes derrière sa position ?

Adélaïde NASCIMENTO

Effectivement dans la présentation, les choix étaient assez binaires. Mais quand je parle de « mettre en lien avec les questions des personnes », je sous-entends l'expérience, les compétences, les valeurs, l'éthique professionnelle etc... La personnalité est plutôt analysée par les psychologues, c'est moins du domaine de l'ergonomie.

Il y a donc certes des facteurs liés aux personnes, mais aussi liés aux soutiens qu'elles vont avoir autour d'elles. Ces soutiens sont plus ou moins forts en fonction du niveau de reconnaissance et d'expérience qu'a cette personne. Si elle vient d'arriver, c'est plus difficile, même si elle est persuadée du bien-fondé de sa position. Cet arbitrage chez les novices se fait souvent dans le sens du respect de la règle, même s'il en résulte une souffrance personnelle. Arbitrer dans le sens de son éthique et du sens que l'on donne au travail, c'est aussi une compétence qui se développe avec le temps.

Fabrice WEISSMAN - Membre du CRASH

Y a-t-il des conditions organisationnelles qui favorisent l'un ou l'autre ?

Adélaïde NASCIMENTO

Bien sûr. Pour nous, l'organisation ne peut jamais être dissociée des actes des sujets. Même s'il y a les aspects subjectifs, liés à la façon de réagir des personnes, elles restent inscrites dans des mondes sociaux où l'organisation du travail va avoir son importance. Ainsi, si une organisation a un fonctionnement plutôt punitif, cela va avoir une influence sur les pratiques des personnes et sur la souffrance qu'elles encourent en agissant comme cela. Au contraire, si l'organisation est ouverte, donnant une marge de manœuvre, avec des débats et permettant le droit à l'erreur, elle va permettre un apprentissage et une adaptation à la réalité du travail.

Les erreurs, tout le monde en fait, à tous les échelons de la hiérarchie, dans tous les domaines du travail, ceci peut être affirmé avec certitude. La question est : quelle place donne-t-on aux erreurs, aux échecs, et comment peut-on en débattre ? L'organisation a un rôle important à jouer pour répondre à cette question.

Stéphane ROQUES

Ces principes « qualité gérée » et « qualité réglée » font écho à toutes les questions que nous nous posons, à la fois pour la qualité médicale, mais aussi dans notre fonctionnement.

Je pense que nous avons intérêt à régler un certain nombre de processus simples, pour que la majorité des situations puissent être traitées le plus facilement possible, sans demander d'efforts supplémentaires aux équipes.

En ce qui concerne les espaces de pratiques acceptables, comment avez-vous poursuivi la discussion, la recherche ? Car si on considère que la pratique est acceptable, pourquoi n'entre-t-elle pas, après un temps, dans le champ de la qualité réglée ? Dans votre exemple, il devient acceptable de n'avoir qu'une

signature, on peut alors imaginer que la fois suivante il n'y aura plus de signature. Comment gérez-vous cette tension entre la pratique acceptable et la qualité réglée ?

Adélaïde NASCIMENTO

Cela a été sujet à débat dans ces hôpitaux, mais aussi dans la littérature. Comme c'est acceptable, comme les gens font ainsi, pourquoi cela ne devient pas une règle ?

Tout l'intérêt de cette réflexion est de dire que les règles doivent venir du terrain, du réel de l'activité des personnes. C'est-à-dire que tout débute des espaces, appelés en sociologie, « espaces de régulation chaude », soit comment la personne a réagi ici et maintenant. Puis cette observation va remonter dans « des espaces de régulation froide », qui regroupent les personnes qui vont penser les règles, les concevoir. Cette boucle devrait donc se faire en partant des contraintes et des pratiques réelles pour penser le réglé.

L'inconvénient est justement le risque d'une inflation du réglé. Tout va être écrit, tout va être prévu et transformé en règles, avec les effets pervers que nous avons vus dans plusieurs situations. « Les gens savent, on n'a pas besoin de créer un indicateur pour remonter telle information. », d'autant que cela fait partie des bonnes pratiques ou des règles du métier.

Les règles métier n'ont pas besoin d'être inscrites, les personnes du métier portent son histoire et en connaissent les règles. Cela n'a donc pas forcément besoin d'être prescrit. C'est un débat avec des avantages et des inconvénients, mais il importe d'être vigilant à ce que cela ne devienne pas une inflation du prescrit sur des choses qui ne sont pas nécessaires.

Dans l'exemple de l'hôpital, l'articulation s'est faite en « normalisant » d'une certaine façon la déviance. Ils ont approuvé que les médecins manquaient de temps pour signer et sont partis du principe que si le physicien avait le médecin au téléphone pour confirmer la dose de radiation, une croix pouvait être cochée dans le dossier. Cela a permis de retirer la responsabilité des manipulatrices.

En ce qui concerne l'articulation du « réglé » et du « géré », nous nous posons encore beaucoup de questions : comment les articuler, à quels dosages ? Je pense qu'il n'y a pas une articulation universelle prescrite. C'est une construction sociale selon le monde dans lequel on s'inscrit. L'articulation prévue dans le nucléaire ne sera pas la même que celle qu'on pourrait prévoir à MSF.

Maurice NEGRE - Médecin terrain

Je voudrais revenir sur la dimension humaine. En fonction de la personnalité, de l'expérience, il y a des façons différentes de savoir désobéir ou pas. C'est aussi pour cela qu'on a créé les départements support, pour venir en aide et en soutien, et non pour donner des règles. C'est peut-être ce sur quoi nous devrions réfléchir aujourd'hui : donner confiance aux gens, au personnel compétent par leur diplôme, et avoir des départements supports capables de dire : « A un moment tu es dans le doute, dans la crainte de ne pas respecter l'*evidence-based medicine*, ou la « règle » et nous sommes là pour t'aider. Nous ne sommes pas là pour te contrôler. » Je crois qu'il faut que l'on travaille sur la façon de donner confiance aux personnes sur le terrain.

Léon SALUMU - Responsable Programme

Cette autonomie, on souhaiterait la donner aux personnes pour adapter les règles que l'on met en place. Une autre question justement en lien avec ce niveau supérieur : a-t-il toujours tendance à faire le suivi, le contrôle ou l'évaluation basé sur la concordance au prescrit ?

Adélaïde NASCIMENTO

Ce qui ressort beaucoup des questions d'évaluation est que ce sont les résultats qui sont évalués, sans prendre en compte les moyens. On s'attache au résultat final, sans savoir comment les personnes s'y sont prises et quelles contraintes elles ont rencontrées.

Au Ministère des Finances Publiques par exemple, ils ont un indicateur de performance qui prescrit que les agents doivent être capables de répondre à l'appel d'un client au bout de la troisième sonnerie. On ne laisse donc pas sonner plus de trois fois. Mais la qualité de la réponse apportée durant l'échange n'est pas prise en compte. Pour éviter ce type d'absurdité, il faut prendre en compte les résultats, mais aussi les moyens pour y parvenir. C'est-à-dire quelles sont les raisons qui expliquent qu'un agent n'arrive pas à accéder au résultat attendu par son organisation ?

Emmanuella - Anesthésiste

Dans ton expérience, y a-t-il des mécanismes où les travailleurs se rendent compte par eux-mêmes de pratiques non acceptables, et appliquent des mécanismes d'auto-évaluation pour régler leurs propres problèmes ?

Adélaïde NASCIMENTO

En effet, nous produisons tous des erreurs, plusieurs fois par jour, dans différents contextes. Et nous récupérons aussi tout le temps des erreurs, de manière

consciente ou inconsciente. Le taux de récupération d'erreurs, par le sujet même qui les a commises, est très important.

L'autre chaînon de récupération des erreurs est le collectif de proximité. L'agent s'est trompé sur tel aspect sans s'en rendre compte, mais son collègue, en reprenant le dossier, va s'en apercevoir et corriger. Il y a donc beaucoup d'erreurs « récupérées » par les personnes directement concernées, sans que cela n'arrive à la connaissance des autres échelons. Quand des erreurs ne vont pas être récupérées, elles vont émerger par un accident. Dans ce cas, on va essayer de comprendre les causes en faisant un retour d'expérience. C'est alors le regard extérieur d'experts qui va juger si ces pratiques sont adéquates ou pas.

Michèle BECK

Je souhaiterais ajouter que l'outil que nous utilisons aujourd'hui sur nos projets chirurgicaux pour faire ce retour d'expérience après un accident est la revue de mortalité. Cela permet de faire ressortir les erreurs, d'évaluer la situation et de revoir tous les facteurs favorisants qui ont amené à l'accident, ici le décès « non naturel » d'un patient. C'est ce qui va nous amener à revoir nos pratiques et à les améliorer.

B. DOMAINE DE LA NAVIGATION AÉRIENNE ET INDUSTRIE NUCLÉAIRE

Chercheur en sociologie à l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, Christine FASSERT a débuté sa formation comme ergonome. Puis elle a travaillé pendant plusieurs années sur les sujets de partage d'incidents, partage d'informations sur l'articulation du « réglé » et du « géré ». Elle a ensuite soutenu une thèse en sociologie sur la notion de transparence dans les organisations à risques et sur la notion de confiance. Aujourd'hui elle est sociologue à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Christine FASSERT

En préambule, je voudrais revenir sur l'idée précédente, qu'une organisation ne peut pas fonctionner sans une articulation entre le « réglé » et le « géré ». C'est totalement accepté et documenté dans de nombreuses recherches et articles. Si une organisation décide que tout doit être réglé, cela ne fonctionne pas. Dans la communication officielle pour le grand public, en revanche, ces organisations, que ce soit l'aéronautique, le nucléaire, mais aussi le médical, ne peuvent pas

porter ce discours. Il est extrêmement difficile de dire autre chose que : « Tout est supervisé, tout est réglé, faites-nous confiance, parce que nous avons tout sous contrôle. » En effet, si on reconnaît que les agents de terrain ont des marges de manœuvre, ce n'est pas facile d'expliquer en quoi, pourquoi et comment.

1. LA NORME, SON RESPECT OU SON NON-RESPECT DANS LE CONTRÔLE AÉRIEN

Pour commencer, je vais vous parler du contrôle dans la navigation aérienne. J'ai étudié ce domaine dans le cadre de ma thèse, en faisant une comparaison entre plusieurs centres de navigation aérienne de différents pays européens. Le point commun entre ce milieu et MSF est que, jusque dans les années 1990, ce domaine était relativement peu formalisé.

Cela peut paraître contradictoire avec l'image d'organisation très régulée qu'on peut avoir de l'aéronautique. La régulation est importante pour les avions, mais ne l'était pas pour les contrôleurs de la navigation aérienne. Le contrôleur aérien avait pour objectif de donner des instructions aux avions en fonction des radars, afin d'éviter la collision en vol, mais cela était très peu formalisé. Il effectuait une analyse de la situation et prenait des décisions. Les contextes étant tellement variés, avec les performances des avions, les configurations des routes par exemple, qu'il existait des grands principes, mais pas de procédures en tant que telles.

L'apprentissage était basé sur le compagnonnage. La hiérarchie en était absente. L'apprenti contrôleur débutait sur un simulateur, mais rapidement il passait en salle de contrôle et parlait directement aux avions. Il restait sous la supervision d'un contrôleur sénior et apprenait grâce aux situations réelles. Après environ trois années, l'équipe de contrôle décidait quand l'apprenti pouvait passer sa qualification. Ici aussi la hiérarchie était absente du processus.

Puis aux alentours des années 2000, l'agence européenne a décidé de formaliser et standardiser davantage les pratiques, dans l'idée éventuelle d'un « ciel unique » européen. La diversité des pratiques en fonction des pays est alors apparue de façon plus aiguë.

Pour montrer ce qui est en jeu quand on parle du respect ou du non-respect de la procédure dans des contextes peu formalisés, nous allons prendre l'exemple de l'Italie. Longtemps, les contrôleurs travaillaient avec des *strips-papier* sur lesquels, en fonction des plans de vol et du radar, ils suivaient la situation et notaient les consignes données. Mais ces informations n'étaient pas connues du

système. Ainsi il a été décidé de tout passer sur informatique et le *striping* est devenu électronique.

Au moment de mon arrivée dans ce centre de contrôle, le système informatique était installé depuis quelques mois. Mais la procédure écrite voulait que les contrôleurs continuent pendant quelque temps de renseigner les *strips-papier*, car ils n'étaient pas sûrs de la fiabilité totale du système informatique.

Le problème des contrôleurs était qu'ils ne pouvaient pas faire les deux à la fois, à cause de la charge de travail. Ils ont essayé de l'expliquer à leur hiérarchie, mais celle-ci estimait que c'était surtout un problème de mauvaise volonté. Mes observations m'ont menée aux mêmes conclusions que les contrôleurs : remplir les deux systèmes était peu réaliste. Cette situation a créé un sentiment d'amertume de la part des opérateurs terrain vis-à-vis de leur hiérarchie : *« Ils laissent perdurer cette dichotomie entre la procédure officielle et ce que nous faisons réellement. Ils connaissent nos pratiques, mais ferment les yeux, parce qu'ils pensent pouvoir, en cas d'accident, de panne de radar, ouvrir un peu le parapluie, en justifiant que nous n'avons pas suivi la procédure. »*

Dans le deuxième exemple, nous allons voir le non-respect de la norme de séparation entre avions. La norme de séparation entre deux avions dépend de la qualité des systèmes radars. Dans l'espace européen, elle est de 5 miles nautiques dans le plan horizontal, de 1 000 pieds dans le plan vertical. Il arrive bien sûr que cette norme ne soit pas respectée. Le contrôleur peut faire une erreur d'interprétation de la situation et les avions passent juste en dessous de cette normale.

Il faut savoir que la relation que les contrôleurs entretiennent avec les normes est différente d'un pays à un autre. Elle dépend notamment de la charge du trafic. Plus un contrôleur a d'avions à contrôler, plus il risque de faire une erreur qui va entraîner des pertes de séparation. Evidemment cette dernière peut mener à la collision en vol. Il n'y a eu que quelques collisions en vol dans l'histoire du contrôle aérien, mais c'est l'accident le plus redouté, car il n'y a pas de survivants. Ceci explique qu'il y ait des normes très précises.

Pourtant ces normes ne sont pas toujours respectées, soit à cause de la charge de travail, soit pour diverses autres causes. Dans un même centre, il existe aussi des personnes qui sont qualifiées de *cow-boys*, celles qui sont moins obéissantes, qui prennent plus de risques et sont souvent plus âgées que les autres. On revient à la question de la compétence, de la confiance en soi, etc.

Il est aussi intéressant de voir la relation entre la norme et l'incident. L'Organisation Internationale de la Circulation Aérienne définit l'incident de façon très floue : « Un incident est tout ce qui aurait pu mener à un accident. » Typiquement, une perte de séparation est un incident et un contrôleur est censé déclarer cette perte de séparation. Il faut savoir aussi que lui seul et ses collègues de la salle sont conscients de l'événement. Il existe des pays avec des surveillances automatiques, mais dans la plupart c'est le contrôleur qui décide s'il va déclarer l'incident ou pas.

Par conséquent, on voit des pratiques de notification extrêmement variables. Dans certains pays, après un incident, le contrôleur est suspendu pendant quelque temps, pour réaliser une enquête. Non seulement les contrôleurs vivent la situation comme particulièrement vexatoire, mais ils perdent aussi une prime, spécifique au nombre de fois où ils parlent à la radio. Eurocontrôle souhaitait supprimer ce type de pratiques, afin qu'il y ait une meilleure notification, mais ils se sont heurtés aux systèmes juridiques des pays. Ceux-ci estimaient qu'avec la suppression de la sanction, les contrôleurs ne feraient plus leur travail correctement.

Lors de mes recherches, beaucoup de contrôleurs voyaient dans la notification des incidents un système quantitatif : soit la norme était respectée et la sécurité assurée, soit elle ne l'était pas. Selon eux, la réalité était bien plus complexe. La norme de séparation peut être perdue pendant quelques secondes, mais le contrôleur est en maîtrise de la situation, car il surveille de près ces avions et il y a peu de trafic. Dans d'autres situations, la norme est respectée, mais le contrôleur réalise qu'il a oublié un avion et qu'il est en perte de maîtrise plus globale. Il a une charge de travail de plus en plus importante et il se rend compte que sa voix tremble. Dans ce cas, pour lui, il considère qu'il y a eu incident.

En Suède, la notion officielle d'incident a été mise de côté au profit « d'événements dont on peut apprendre. » Ces événements sont débattus dans des groupes dont la hiérarchie est exclue. Les situations sont racontées sous forme de récits, sans tabou, pour essayer de progresser dans la visibilité de la variabilité de toutes les situations qu'ils peuvent rencontrer. L'objectif est d'arriver à ne pas se faire piéger par une situation en apprenant à partir du vécu d'un collègue.

L'exemple suivant est cette fois en France. Une particularité du contrôle de trafic aérien est que les images radars sont enregistrées pendant 24 heures, en cas de survenue d'un accident. De même s'il y a un incident, il est possible d'enregistrer. Une commission locale de sécurité a été organisée, au cours de laquelle ils revoient les situations. Sur un grand écran, les images radar sont projetées pour

revivre la perte de séparation. Dans un second temps, le groupe les analyse. Le contrôleur explique de façon ouverte pourquoi il a perdu la maîtrise de la situation. Les causes peuvent aussi ne pas être glorieuses, comme un stagiaire laissé seul par exemple. Mais quand il s'agit de consigner la cause dans un rapport écrit, elle est souvent standardisée pour la faire entrer dans une catégorie, et toute la richesse du récit est perdue. Les membres de l'échelon supérieur qui s'occupent de la sécurité des vols dans toute la France ne reçoivent qu'une liste de causes, qui ne leur décrit pas la situation de façon précise, problème dont ils se plaignent.

Un autre aspect intéressant des commissions locales de sécurité est de visionner ensemble l'incident. L'effet produit est une sorte de rituel où le groupe se fait peur en revivant la situation. L'important est alors ce travail de réflexivité, se poser la question : « pourquoi n'ai-je pas respecté la norme, que s'est-il passé ? Est-ce défendable ? » Il y a cette idée anglo-saxonne d'*accountability*, c'est-à-dire d'être capable de rendre compte à son équipe et au collectif.

Je conclurai cette illustration dans le contrôle aérien en disant que le lien fait entre norme, risque et incident est très différent d'un endroit à l'autre. C'est pour cette raison que je suis assez partagée quand on me parle de transférer les bonnes pratiques d'un domaine à un autre. Elles sont extrêmement contextualisées, culturellement, organisationnellement, c'est pourquoi quelque chose va très bien marcher à un endroit, mais ne va pas être adapté à un autre. L'exemple suédois fonctionne en Suède, car il correspond à une culture de la transparence. Mais cela ne fonctionnerait pas en Italie, qui est encore dans un modèle très punitif.

2. ANALYSE DE RISQUES DANS LE DOMAINE DU NUCLÉAIRE

Dans un tout autre domaine, nous allons aborder maintenant l'analyse de risques formalisée dans le nucléaire. Nous allons nous placer au niveau de l'intervenant, qui fait une analyse de risques quand il doit travailler sur une pompe ou une vanne par exemple.

La demande faite à l'IRSN¹⁶ était d'enquêter sur les raisons qui poussent les intervenants, dans certaines situations et malgré l'identification d'un risque, à intervenir malgré tout, entraînant un incident.

J'ai débuté mon travail en rencontrant l'échelon central, la direction du parc national. Leur position était que l'analyse de risques devait être une attitude interrogative,

16. IRSN : Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire

nécessaire avant d'entrer dans certains endroits de la centrale. Il faut se poser des questions pour contextualiser l'intervention : quels sont les risques, dans quel état est la centrale, quel impact l'intervention va avoir sur l'état des vannes, etc.

Dans un second temps, je me suis rendue sur le terrain. Dans toutes les centrales visitées, l'analyse de risques a été formalisée sous forme écrite, dans un dossier dédié. L'attitude interrogative préconisée est devenue une procédure écrite répondant à différentes questions. Malgré le fait que ce document ne soit pas obligatoire, les équipes le remplissent systématiquement. Elles veulent pouvoir prouver qu'elles se sont bien posé les questions en cas d'audit interne.

Lorsque j'ai rencontré les personnes qui réalisaient réellement le travail sur le terrain, elles m'ont avoué ne remplir parfois le document que pour l'avoir fait. Certaines aimeraient oser ne rien mettre pour des interventions sans risque, mais c'est difficile. Les personnes plus anciennes osent peut-être. Dans certains cas, nous avons même observé des copier-coller. Pourtant l'analyse de risques devrait être contextualisée, car même s'il y a déjà eu une intervention sur cette vanne un mois auparavant, cette nouvelle intervention n'est pas forcément identique. Le contexte de la centrale n'est pas le même.

Le management central a voulu éviter un comportement bureaucratique, mais c'est ce à quoi ils sont arrivés. Il faut aussi prendre en compte que l'analyse de risques s'inscrit dans un système global. Celui-ci implique beaucoup d'autres documents à remplir, comme le dossier d'intervention et tout un empilement administratif de sources diverses. Un chargé de projet me faisait la réflexion : *« Il y a tellement de choses à faire, les dossiers, remplir les papiers, que parfois on en oublierait de faire l'intervention une fois arrivé dans la salle. »*

Pour finir ma présentation, je pense qu'il est important, dans une organisation, de comprendre et d'apprécier tout ce qui est « géré » et qui n'est pas « réglé » et de l'étudier. Mais cette dimension du « géré » est de plus en plus difficile à appréhender dans les industries à risques. Ces dernières se referment progressivement aux regards extérieurs, même des chercheurs. Le « géré » n'est pas toujours facile à admettre et, intrinsèquement, reste assez opaque, car proche du terrain. Pour pouvoir l'appréhender, il faut que les personnes du terrain nous fassent un minimum confiance. Mais l'IRSN reste le bras armé de l'autorité de sûreté nucléaire, que les journalistes appellent parfois le « gendarme du nucléaire ». Cette idée de transparence est donc une attitude difficile à tenir.

En conclusion, il y a une réflexion à avoir sur la possibilité d'exprimer sur la place publique des mécanismes de gestion de risques plus complexes et moins

lisses que le discours habituel de maîtrise et de contrôle. C'est ce que nous appelons la *dicibilité*. Jusqu'à quel point peut-on faire perdurer la pérennité de ces aspects gérés, alors même qu'un système de contrôle, une autorité de régulation, aura bien du mal à les prendre en compte dans son évaluation ? Vous avez la spécificité, chez MSF, de n'avoir qu'une instance de contrôle interne, ce qui permet de faire ressortir plus facilement ces dimensions du « géré ».

3. DISCUSSION AVEC LA SALLE

Pierre MENDIHARAT - Directeur du Département des Opérations Adjoint

Vous avez dit que les collisions étaient extrêmement rares dans l'histoire de l'aéronautique, ce qui laisserait entendre que la méthode, qu'elle soit suédoise ou italienne, semble fonctionner, non ?

Il faut malgré tout expliquer que le résultat est aussi bon parce que les pratiques sont analysées par le biais des retours d'expérience et des discussions, même si ces derniers n'ont pas lieu officiellement.

Christine FASSERT

Je ne dirais pas que toutes les méthodes fonctionnent, mais je ne peux pas dire le contraire non plus. C'est-à-dire que c'est compliqué d'estimer en quoi l'incident va mener à l'accident. Nous pensions que pour évaluer la sûreté, il fallait mesurer le nombre d'incidents. Mais c'est devenu contre-productif, car plus une organisation cachait ses incidents, moins les contrôleurs étaient enclins à les notifier. Nous pouvions penser alors que la sécurité était assurée. En fait, c'était sans doute plutôt le contraire.

Vous avez tout à fait raison de souligner les effets des retours d'expérience. Notamment en Italie, j'ai remarqué que la pause-café était plutôt typiquement le moment où les échanges se faisaient officieusement. Bien sûr, pour Euro-contrôle, cet aspect officieux n'est pas recevable. C'est en cela qu'apparaissent les limites et les distorsions de l'audit. Certaines choses ne sont pas recevables, parce que l'audit ne s'en satisfera pas.

La Suède avait trouvé un bon compromis : le semi-formel. Cela ne se faisait pas pendant la pause, mais il n'en restait pas de trace écrite et la hiérarchie n'était pas présente. Malgré tout, un consultant en facteur humain organisationnel était présent pour les aider à mettre des mots sur ce qu'ils avaient vécu, à l'analyser et à avoir une vision organisationnelle, mais avec peu d'écrit et de catégorisation.

David OLSON - Directeur Médical Adjoint

Je suis très heureux que vous ayez parlé des *bonnes pratiques*. C'est un moyen autoritaire de se positionner face aux équipes, en restant sur le fait que ce sont les meilleures pratiques et qu'elles ne sont donc pas discutables. Dans notre domaine, il en va de même pour ce que nous appelons l'*evidence-based medicine* ou la médecine factuelle. Tout devrait toujours être analysé dans un contexte donné.

Dans toutes nos sections, nous avons un système de déclaration des erreurs médicales censé remonter jusqu'au Directeur des Opérations Adjoint. Je pense que les exemples que vous avez donnés sont excellents, car les erreurs sont discutées sur le terrain et les décisions sont prises sur le terrain. Tout le monde y reconnaît que les erreurs sont humaines à tous les niveaux. Finalement ils sont allés beaucoup plus loin que ce que nous avons réussi à faire avec notre système de signalement des erreurs médicales.

Christine FASSERT

Effectivement, mais dans certains cas, pour certaines erreurs ou incidents, il ne faut pas rester uniquement dans des discussions au niveau du groupe. Si cela implique des problèmes au niveau d'un système ou de l'organisation, les discussions doivent monter à l'échelon supérieur pour pouvoir apporter les changements nécessaires. C'est typiquement le genre de situations où il faut apprendre de l'incident en prenant des mesures : on peut se rendre compte, par exemple, que finalement il y a eu un incident parce qu'un radar était mal réglé.

Mais dans une grande partie des incidents, des expériences vécues, le simple échange par le récit au niveau du collectif est déjà très efficace.

Un intervenant

Ce qui m'a interpellé dans la présentation est l'exemple sur la difficulté de la hiérarchie italienne à normer le « géré ». Ils savent que c'est du géré, mais ne vont pas le normer par manque de confiance. Et cela faisait un peu écho à la question de Stéphane tout à l'heure, sur comment passe-t-on du « géré » au « réglé » ? La réponse était qu'on ne voulait pas trop de normes. Mais ici on constate qu'il y a aussi la difficulté de ne pas se sentir prêt à normer. Finalement, comme la personne peu expérimentée n'est pas prête à passer du réglé au géré, l'organisation, si elle est junior ou quand elle est dans un environnement nouveau, ne se sent pas prête à régler le géré.

Christine FASSERT

Il faut effectivement un minimum d'expérience pour pouvoir normer, parce qu'il faut bien légitimer la norme sur une base qui ne vienne pas de nulle part.

Dans l'exemple de l'Italie, le manque de confiance dans la nouveauté du système informatique a fait que les managers ne voulaient pas arrêter l'utilisation de *strips-papier*. Cette contradiction était difficile pour les équipes et génératrice de souffrance au travail.

Rony BRAUMAN

J'ai été très frappé par le caractère assez lointain entre les comportements et les conséquences dans la comparaison Italie/Suède. Finalement les comportements de sécurité, les équipements, l'adaptation des équipements et la fréquence des vols, font qu'il est assez sûr de voyager en avion. La mesure de la sûreté sur des incidents extrêmement rares est donc très difficile à réaliser. Ils sont absolument catastrophiques, mais rarissimes.

Par conséquent, je me demandais s'il n'y aurait pas aussi dans la compréhension des comportements une certaine aspiration à l'évaluation. Est-ce qu'on ne devrait pas tenter de comprendre à quel coût social, quel coût humain, on obtient un tel niveau de sécurité ?

On sait par exemple que les arrêts de travail pour cause de maladies sont directement indexés sur les frustrations, les tensions, le stress au travail. On sait aussi que les rotations de personnes dans leur poste sont aussi un indicateur de la manière dont ils se sentent plus ou moins bien dans leur travail. Au-delà de ce méga incident qu'est la collision aérienne et tout ce qui s'ensuit, il y a aussi des façons intermédiaires de voir quels sont les effets d'une bonne pratique.

Christine FASSERT

Vous voulez parler d'une façon d'évaluer ces organisations, non pas sur les résultats : incident ou accident, mais en amont, évaluer l'ambiance de travail ?

Rony BRAUMAN

En effet, parce que la limite de l'analogie avec la question de la sécurité aérienne, c'est le caractère à la fois rarissime et énorme du risque réalisé. Dans notre activité par exemple, ce n'est pas toujours une question de vie ou de mort, mais de meilleure présence auprès des patients, de plus grande attention à des résultats. Ce sont des choses plus nuancées qu'un résultat binaire. Cela relève aussi d'un certain confort dans le travail, un certain plaisir du travail. C'est ce que j'appelle le coût social, ou le coût humain des pratiques.

Christine FASSERT

Effectivement, ce sont des choses à évaluer de façon plus qualitative. Le coût humain, le bien-être au travail, sont des notions relativement subjectives, qu'il

est difficile de traduire en des éléments plus tangibles et plus quantitatifs sans perdre beaucoup.

Le problème est qu'à l'heure actuelle, la tendance est à la transformation de ces évaluations en éléments plus concrets, plus chiffrés, et la conséquence est la perte de ce qui devait être évalué.

III. Les orientations possibles de la politique qualité au sein de MSF

Michèle BECK

Nous arrivons à la dernière partie de la journée qui a pour objectif d'identifier des orientations possibles amenées par la multitude de points abordés. Nous avons identifié trois angles d'approche sur la qualité médicale dans les différentes discussions.

Le premier est le niveau du patient : comment prendre en compte la satisfaction du patient ?

Le deuxième niveau est le collectif, avec le rapport à la norme : quelle articulation entre le « réglé » et le « géré » ? Quels espaces de discussions sont aujourd'hui disponibles au sein de MSF ?

Enfin, toujours pour le collectif : quelles sont les implications pour l'organisation du travail ? Dans une stratégie de décentralisation d'une partie des décisions vers le terrain, comment le rapport à la qualité peut-il être intégré ?

Brigitte VASSET - Directrice Médicale Adjointe

Un mécanisme qui nous permettrait d'améliorer notre niveau de qualité serait de faire mieux remonter les erreurs médicales jusqu'au siège. Il faudrait éviter que ces erreurs médicales soient immédiatement synonymes de « sanction », tel que c'est le cas aujourd'hui. Elles ne devraient pas être du ressort du département RH ou juridique, comme on le constate actuellement.

Ces erreurs nous permettraient de progresser sur nos processus, nos procédures et nos modes opératoires, afin d'éviter qu'elles ne se reproduisent. Le fait de pouvoir en parler profite à l'équipe terrain, mais aussi aux autres missions, par le partage d'expérience et l'amélioration de l'organisation.

Ce n'est pas facile, car il faut qu'on se détache de l'idée de sanction, sauf si l'erreur est intentionnelle. Mais dans ce cas, cela s'appelle une « faute ». Nous faisons tous des erreurs, il faut qu'elles nous permettent d'apprendre, pour ne

pas qu'elles se reproduisent. C'est la même façon de faire que pour les revues de morbi-mortalité que nous avons sur les programmes chirurgicaux.

Rony BRAUMAN

En effet, nous faisons tous des erreurs, tous les jours. La meilleure façon d'éviter qu'elles ne se reproduisent n'est pas la sanction, mais la discussion de ces erreurs.

Et j'ajouterais qu'une des modalités du fonctionnement sain d'une organisation est l'aménagement de moments de discussions, que ce soit au siège ou sur le terrain. Collectivement et institutionnellement, cela devrait faire partie du fonctionnement ordinaire de tout groupe de personnes travaillant ensemble. Ces espaces de discussions devraient être l'occasion de poser les problèmes, les blocages, les interrogations et les questions. Ils ne sont pas nécessairement suivis de mesures pratiques, mais peuvent l'être le cas échéant. Cela me semble être l'une des modalités de fonctionnement simple permettant de mieux calibrer nos actions et de mieux poser les problèmes.

Michèle BECK

Pour compléter, j'ajouterais que le droit à l'erreur, mais surtout son analyse par des discussions en équipe, vont permettre à celle-ci d'identifier tous les facteurs entrant en compte dans le mécanisme qui a mené à l'erreur. Il faut aussi voir cela au sens large et pas uniquement du point de vue médical. Tous les domaines sont concernés quand un processus ne fonctionne pas ou quand on n'arrive pas aux résultats escomptés.

Xavier Lassalle m'a donné l'exemple d'une revue de mortalité menée au bloc opératoire. L'équipe s'est rendu compte que la mortalité y était élevée parce que les patients envoyés étaient mourants. Le problème ne venait pas de la prise en charge au bloc opératoire, mais du triage fait aux urgences.

Omari BETH - Coordinateur terrain

Il y a une question à laquelle nous n'avons pas répondu aujourd'hui, qui est : comment mesure-t-on la qualité et quels sont les indicateurs qui devraient être systématiquement présents sur nos programmes ?

Quel que soit le projet que vous montiez, vous devez vous fixer des objectifs et avoir des indicateurs qui vous permettent d'évaluer le programme, de le suivre. Si ces indicateurs ne sont pas les bons, vous pouvez en changer. Mais nous n'avons pas ce processus de gestion de mission plus formalisée.

Carine TESSE - Coordinatrice terrain

Beaucoup de personnes se plaignaient déjà de la paperasserie et je ne suis pas favorable à l'idée d'avoir davantage d'indicateurs.

Nous avons surtout besoin de visibilité. Nous produisons énormément de données, sans qu'elles soient discutées en équipe, sans que l'objectif de cette collecte d'informations soit connu. Avoir déjà des discussions sur ces données, aussi avec les coordinations et les desks, nous permettrait d'expliquer ce qui se passe sur notre projet.

Alfatih OSMAN SULIMAN - Coordinateur Médical

La question est de savoir si ce sont les bons indicateurs ou pas. Ils devaient être alignés sur nos objectifs, afin que nous soyons capables, après un certain temps de savoir s'ils sont atteints ou pas.

Avons-nous un mécanisme extérieur de contrôle qualité ? Quand on voit la taille de MSE, je pense qu'il est temps d'avoir un service consacré à la qualité, qui superviserait et évaluerait la qualité de nos programmes. Certaines organisations le font avec des équipes de contrôle qualité qui mènent des enquêtes.

Rony BRAUMAN

Je ne trouve pas que ce soit une bonne idée. L'une des raisons est que par rapport à une banque ou à l'industrie automobile, nous n'avons pas de produits clairs à proposer. Il y a différentes appréciations, différentes conceptions de ce que l'on peut attendre d'une évaluation de la qualité : la qualité d'un programme, des soins, des processus, la satisfaction du patient, nos capacités d'amélioration au fil du temps, d'ajustement aux événements inattendus, l'appréciation des effets non voulus des projets. Tout cela fait partie de ce que l'on doit appeler « qualité ». C'est plus ou moins pertinent selon le moment d'un projet, ou selon la partie du projet que l'on examine.

L'idée de cet atelier n'est pas de produire des idées d'indicateurs de qualité. Le travail bureaucratique est déjà très lourd, rajouter des indicateurs, synthétiques ou partiels, n'est certainement pas la bonne solution. En revanche, l'objectif est d'améliorer la réflexion des opérationnels, qui sont amenés à prendre des décisions au quotidien, par l'éclairage des problèmes que pose la qualité et les différents niveaux de compréhension de la qualité.

Maya FEHLING - Référente qualité OCG et OCA

Les indicateurs sont utiles uniquement si nous les partageons avec toute l'équipe, c'est-à-dire avec la logistique, le comité d'hygiène, etc. Nous souhaitons tous

améliorer la qualité des soins aux patients et toute l'équipe est impliquée. Elle doit donc avoir un retour sur ses efforts.

Je crois également que l'on ne peut pas s'évaluer soi-même. Il faut un regard extérieur avec un examen objectif des méthodes. Un centre opérationnel MSF pourrait faire appel à un autre centre. Cela pourrait être un travail entre sections, sans qu'il s'agisse de pointer du doigt nos défauts, nous en avons tous, et nous rencontrons les mêmes difficultés dans les conditions difficiles où nous intervenons. Ce serait une possibilité supplémentaire d'apprendre les uns des autres, et de nous épargner la répétition des mêmes erreurs.

Fabrice WEISSMAN

Un des problèmes de l'évaluation de la qualité est que l'on ne sait pas à quel référentiel se fier. Et la question du référentiel est une des questions clés, car un audit mesure l'écart à la norme. Tout notre problème est de savoir quelle est la norme à suivre et quel écart est toléré. La démarche d'évaluation est inappropriée pour répondre aux problèmes de qualité qui se posent à MSF.

En revanche, la démarche d'agir dans l'incertitude, comme les groupes que nous avons évoqués en radiothérapie et dans d'autres professions, me semble beaucoup plus propice. Les contrôleurs de la navigation suédois parlent de la remontée d'événements dont on peut apprendre. Déjà cela élargit le champ, et permet de ne pas attendre un accident pour se poser des questions.

Par ailleurs, qui est juge de la qualité du projet ? Est-ce le département médical ? Celui des opérations, sachant que chacun a un référentiel différent ? Ou est-ce aussi le patient ?

Nous avons complètement occulté le point de vue du patient dans nos discussions. Nous jugeons nous-mêmes, à la place du patient, si la relation de soin est bonne, si le temps d'attente est acceptable ou si les objectifs thérapeutiques sont adaptés. C'est un domaine où nous avons encore une large marge d'amélioration.

David OLSON - Directeur Médical Adjoint

Le meilleur point de vue pour évaluer la qualité se trouve au niveau du terrain. Ce sont les gens du terrain qui voient si les choses se passent bien ou pas. C'est à eux qu'il faut donner les outils pour qu'ils puissent évaluer la qualité et procéder à des améliorations. Et c'est à nous de nous assurer que nous leur apportons l'aide dont ils ont besoin pour recueillir les bonnes données, pour en tirer les bonnes conclusions et agir en conséquence.

Michèle BECK

En conclusion, et pour rebondir sur ce que vient de dire David, dans toute la littérature sur le sujet de la qualité, le constat est que les meilleures personnes capables d'évaluer la qualité sont celles qui sont les plus proches de l'action. Aujourd'hui, effectivement, ces personnes sont au niveau du terrain. C'est probablement à ce niveau-là que tout ce système d'amélioration continue de la qualité devrait se faire.

Nous avons dans la bibliothèque MSF un livre en pdf¹⁷ qui prend le contre-pied de toutes les évaluations et des indicateurs définis en *top-down*. Il préconise l'amélioration continue de la qualité grâce à une méthode rapide et limitée dans le temps, dont les acteurs principaux sont les équipes du terrain. Par la dynamique d'équipe, les problèmes sont identifiés et des indicateurs, souvent subjectifs, sont définis. Puis les actions d'amélioration sont mises en place. L'auteur raconte d'ailleurs que le simple fait de *monitorer* une situation menait souvent à son amélioration spontanée. Mais cela implique peu de standardisation entre terrains et peu de contrôle du siège.

17. Maguerez, G. (2005). *L'amélioration rapide de la qualité dans les établissements sanitaires et médico-sociaux*. Presses de l'EHESP.

IV. Synthèse

En guise de conclusion, voici sous forme de synthèse quelques pistes de réflexions qui ont été abordées pendant l'atelier, sans avoir été développées davantage.

A. AU NIVEAU DU PATIENT

La prise en compte du patient et de son point de vue est revenue régulièrement pendant l'atelier, que ce soit lors des entretiens réalisés en amont de la journée ou pendant les débats. Nous souhaitons replacer le patient au centre de nos préoccupations.

Certaines initiatives tentent de mettre en pratique cette volonté, par exemple en permettant aux pères d'entrer dans les services de néonatalogie ; ou encore en travaillant davantage sur la relation de confiance avec les mères dans les programmes nutritionnels, où elles deviennent le relais de l'équipe soignante à domicile ; ou enfin en discutant les options thérapeutiques avec le patient.

Ce repositionnement sous-entend une démarche de prise en charge centrée sur le patient en tant que personne, ayant des interactions sociales, habitant à une certaine distance du projet, ayant des obligations familiales, etc. Nous ne nous situons pas sur un organe ou un membre, mais sur un patient dans sa globalité, non découpé par spécialité, ce qui devrait permettre de sortir d'un fonctionnement en silo.

Dans l'article « Objectifs des traitements : à partager avec les patients »¹⁸, la revue *Prescrire* apporte quelques « éléments de réflexion pour un meilleur dialogue entre soignants et patients, et une meilleure prise en compte des besoins des patients. » Pour les auteurs, il est important de partager les objectifs d'un traitement avec les patients, avant toute évaluation des bénéfices et risques de ce même traitement.

18. Revue *Prescrire* (Juillet 2012). *Concepts et méthodes : Objectifs des traitements : à partager avec les patients.* (Page 544) TOME 32 N°345

Pour étayer cette position, ils reviennent sur les objectifs principaux des soignants et des médecins, comme « *guérir, prévenir une récurrence ou une complication ultérieure, etc.* » Ils les mettent ensuite en lien avec les objectifs non médicaux venant des patients, qui peuvent être liés « *à la situation personnelle et sociale d'un patient.* » Ces objectifs, comme par exemple la prévention de la douleur, de problèmes esthétiques ou sexuels, ou encore la préservation des revenus professionnels, vont être une préoccupation majeure pour le patient. Se pose aussi la question de l'éthique, quand le patient n'est pas le bénéficiaire principal du traitement. Les effets escomptés de ce dernier le sont pour des bénéficiaires indirects, comme dans l'exemple de l'article : prévenir l'épuisement des accompagnants en hospitalisant le patient, alors qu'il n'y a pas d'indication médicale pour celui-ci. En définitive, les auteurs préconisent le dialogue avec le patient pour tirer au clair tous ces objectifs et les hiérarchiser, afin de faire le meilleur choix conjointement.

Dans nos pratiques, cela amène une réflexion par les questions suivantes :

- *Quels bénéfices le patient attend-il d'un traitement ?*

En général, le bénéfice principal auquel nous pensons est la guérison du patient. Mais dans le cas de l'amputation, la volonté médicale est de ne pas perdre le patient suite à une gangrène ou une septicémie. Quel est le bénéfice que les patients en retirent ? Certains sont prêts à mettre leur vie en danger, car la perte d'une jambe ou d'un bras ne leur est pas acceptable. D'où l'importance qu'ont revêtue les consentements chirurgicaux pour les amputations et l'information conjointe des patients, réalisés par nos équipes avec les patients suite au tremblement de terre à Port-au-Prince en 2010.

Un autre exemple pourrait être celui des migrants dans les Balkans, pour qui le bénéfice de passer par notre OPD¹⁹ était d'avoir un endroit en dehors de la cohue où rester quelque temps. En outre, ils pouvaient être soulagés de certains symptômes, mais sans rechercher la guérison.

- *Quels sont les objectifs que le patient fixe à son traitement ?*

Toujours dans le cas des migrants, leur objectif était de pouvoir finir leur voyage, tout en gardant la famille regroupée, sans être bloqués à une frontière.

- *Parmi ceux-ci, lesquels lui semblent prioritaires ?*

Dans tous les échanges que nous avons pu avoir avec les migrants, l'objectif principal était que la famille reste réunie. Ainsi, si une hospitalisation devenait nécessaire, elle n'était pas automatiquement acceptée lorsque toute la famille

19. Out Patient Department

restait en attente dans un des camps de transit, avec la crainte de perdre de vue la personne hospitalisée. Pour beaucoup, les problèmes de santé étaient secondaires et devaient être traités à l'arrivée.

- Le bénéficiaire principal du traitement envisagé est-il le patient ? Sinon, lui ou ses représentants en sont-ils conscients ?

Ces questions sont typiquement celles que nous devrions nous poser dans la réponse à l'épidémie Ebola, où l'objectif était surtout d'isoler les patients contagieux de la population, afin de réduire la propagation. Les essais cliniques s'inscrivent également dans cette même démarche de questionnement.

Ces questions impliquent l'importance de l'information des patients, mais aussi de leur famille quand il s'agit d'enfants par exemple. L'information portera sur la situation du patient, sa prise en charge, ainsi que sur les choix thérapeutiques. Les soins palliatifs évoqués pendant l'atelier sont une bonne illustration de la valeur que revêt le dialogue avec les patients et leur famille dans ces choix thérapeutiques.

B. AU NIVEAU DU COLLECTIF : RAPPORT À LA NORME ET ORGANISATION DU TRAVAIL

Comme nous l'avons vu au cours de l'atelier, les questions de qualité sont étroitement liées à l'organisation du travail. Le principal problème identifié dans le premier chapitre est un circuit de prise de décisions confus et éloigné du terrain.

Il conduit à un cercle vicieux, où les équipes ont l'impression de n'être que des exécutants et se désengagent des processus de réflexions et de propositions du terrain. Ils sont déresponsabilisés par le contrôle a priori, par tous les processus de validation, comme par exemple pour la *cash request* ou la commande pharmacie. Les référents médicaux peuvent bloquer une décision même si celle-ci a été prise selon la procédure, et de ce fait court-circuiter les Opérations, ce qui est source de confusion pour les équipes sur le terrain.

L'autre problème lié à l'organisation du travail est la difficulté à maintenir le niveau de qualité après le renouvellement des équipes, que ce soit à cause du *turn-over*, des *gaps*, des difficultés de passation, d'un certain fatalisme des équipes ou des informations qui n'arrivent pas jusqu'au terrain.

Pour répondre à ces problèmes, et comme nous l'avons vu à maintes reprises pendant l'atelier, les ergonomes préconisent le droit à l'erreur et surtout l'analyse de ces erreurs par les acteurs au plus proche de l'action.

Pour permettre ce type de pratiques, l'environnement doit être propice ; et la confiance en est la clé de voûte. Le postulat de départ est que la majorité des personnes s'engageant pour MSF veulent réaliser un travail de qualité. La confiance est la condition principale pour laisser aux équipes la marge de manœuvre nécessaire à la réalisation de leur travail. Cette confiance pourrait se traduire par un contrôle à posteriori, qui permettrait de responsabiliser les personnes, contrairement à l'infantilisation produite par le contrôle à priori. Sans aucun doute, cela entraînera de nouvelles erreurs, mais le but n'est pas de les supprimer, ce qui serait utopique, mais de les rendre sources de réflexions collectives. Tout ne peut être « réglé » ou standardisé, d'où l'importance de ces espaces où les équipes peuvent « bricoler », c'est-à-dire adapter les modes opératoire au contexte, fixer des priorités d'amélioration de la qualité, faire des propositions, etc...

« Le fait de savoir se débrouiller (...) est une qualité reconnue comme indispensable [dans l'humanitaire]. Elle permet, lorsque l'expatrié est pris dans des situations inédites, d'être capable de réinventer et de gérer la nouveauté. »²⁰

L'autonomie et la confiance doivent malgré tout se placer dans un cadre, afin d'éviter des dérives non souhaitées. Encore une fois le travail des ergonomes et les présentations d'Adélaïde Nascimento et de Christine Fassert nous éclairent sur des méthodes possibles. Ainsi, l'aménagement d'espaces de discussions pour définir des pratiques acceptables et des pratiques non acceptables semble une piste intéressante. D'autant qu'ils impliquent des échanges en équipes, soit l'encouragement du dialogue entre pairs appartenant à un collectif de travail²¹. L'importance des collectifs de travail dans l'élaboration de ce cadre a été étudiée par Sandrine Caroly :

« Le collectif de travail (...) a une fonction protectrice pour la subjectivité de l'individu dans son rapport à l'action. Cette fonction protectrice se joue notamment à travers la capacité du collectif à élaborer (...) des normes et des règles encadrant l'action, en lien avec les critères de qualité du travail, à gérer la conflictualité dans les rapports de travail et enfin à donner un sens au travail. Il permet à chacun de ses membres d'accéder à ce sens et aux critères de qualité du "travail bien fait", à travers les règles de métiers. (...)

20. Dauvin, P., & Siméant, J., (2002). *Le travail humanitaire. Les acteurs des ONG, du siège au terrain*. Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.). (P 323-324)

21. Groupe qui se constitue autour d'un sujet donné à un moment donné. Un département n'est pas un collectif de travail, mais un découpage administratif.

Le collectif de travail apparaît comme une ressource pour le développement de la santé au sens large. Il permet à l'individu de "prendre soin" de son travail et contribue de ce point de vue à la santé individuelle. Par ailleurs, il favorise l'apprentissage et le développement des compétences.»²²

Il est aussi important de ne pas confondre autonomie des équipes et suppression des postes de managers. Les espaces de discussions ne peuvent se faire sans la présence d'un « manager de proximité », venant du métier et connaissant les contraintes du travail. Dans un article de *Santé et Travail*²³ revenant sur les différents facteurs favorisant le bien-être au travail, Mathieu Detchessahar insiste sur l'importance de ce cadre :

« Le débat sur la qualité du travail est nécessaire (...). Mais il suppose une ingénierie des espaces de discussion. Notre recherche montre que la santé au travail est meilleure dans les configurations où ces espaces sont pensés et où le manager est présent. Le problème, aujourd'hui, est moins la pression exercée par le manager référent que l'absence de ce dernier. Il n'est plus dans la régulation du travail, mais dans le reporting et la réunion. »

Le manager de proximité a toute son importance dans la valorisation des compétences métier, la reconnaissance du travail bien fait, mais aussi dans la reconnaissance des difficultés éprouvées par les équipes, en étant présent à leurs côtés.

« Les salariés souffrent beaucoup plus, finalement, de l'absence de management que de sa trop grande présence »²⁴.

22. Caroly, S., Barcellini, F. (2013). *Le développement de l'activité collective*. In P. Falzon (Coord.) *Ergonomie Constructive* (pp.33-46). Paris, France: PUF

23. Mahiou, I. (Juillet 2010). *Le management redécouvre le travail*. *Santé & Travail* n°071.

24. Detchessahar, M., Grevin, A. (2009). *Un organisme de santé... malade de « gestionnisme »*. *Annales des Mines – Gérer et comprendre* (N°98)